

LISTE DES ABREVIATIONS

- DA** : Dermatite atopique
DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
DS : Dermatite séborrhéique
HALD : Hôpital dermatologique Aristide Le Dantec
IHS : Institut d'hygiène sociale
KP : Kératose pilaire
OMS : Organisation mondiale de la santé
TCC : Teigne du cuir chevelu

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Répartition des patients selon la tranche d'âge	10
Figure 2 : Répartition des patients selon l'âge et le sexe	11
Figure 3: Répartition de la population selon l'ethnie.....	12
Figure 4: Répartition des patients selon la région d'origine	13
Figure 5: Répartition des patients selon le revenu mensuel fixe.....	14
Figure 6: Répartition selon le motif de consultation chez les enfants âgés de moins de 16 ans	15
Figure 7: Macules hyperpigmentées des fesses et de la région lombo-sacrée lors de tache mongolique et nævus hyperpigmenté chez un nourrisson de 1 an	18
Figure 8: Macules hypochromiques du visage et de la face antérieure du thorax au cours des eczématides chez un nourrisson	18
Figure 9: Eruption papuleuse au cours d'une gale chez un enfant de 3 ans	19
Figure 10 : Papules ombiliquées du visage lors de Molluscum Contagiosum chez 20	
Figure 11: Papules folliculaires kératosiques du dos lors d'une kératose pileaire chez un enfant de 8 ans.....	20
Figure 12: Plaques lichenifiées du pli du coude et de la nuque	21
Figure 13: Plaque squameuse annulaire avec tendance de guérison centrale localisée au niveau du menton lors d'une dermatophytie de la peau glabre chez un enfant de 5 ans.....	22
Figure 14: Lésions vésiculeuses interdigitales au cours d'une gale chez un enfant de 3 ans	22
Figure 15: Vésicules à localisation diffuse au cours d'une varicelle chez un enfant de 5 ans	23

Figure 16: Pustules plantaires au cours d'une gale chez un nourrisson.....	23
Figure 17: Lésions bulleuses du membre inférieur au cours d'un impétigo bulleux chez un enfant de 8 ans.....	24
Figure 18: Cicatrice hypertrophique (cicatrice chéloïde) chez un enfant de 4 ans.	25
Figure 19: Fissure rétro-auriculaire au cours d'un eczéma chez un enfant de 2ans	26
Figure 20: Double pli sous palpébral au cours d'une dermatite atopique chez un enfant de 9 ans.....	26
Figure 21: Papules de la muqueuse buccale au cours d'une papillomatose buccale	29
Figure 22: Macule achromique au cours d'un vitiligo chez un enfant de 3ans	29
Figure 23: Macule érythémateuse anale lors d'une anite d'allure candidosique chez un nourrisson	30
Figure 24: Teigne du cuir chevelu (alopécie squameuse et cheveux cassés).....	31
Figure 25: Macule vasculaire occipital lors d'un angiome plan (angiome de Unna) chez un enfant de 5 ans.....	32
Figure 26: Onycholyse au cours d'une onychomycose chez une adolescente de 13ans.....	33
Figure 27: Mélanonychie en bande physiologique chez un enfant de 4 ans.....	34
Figure 28: Onychomadèse chez un enfant de 2 ans	34
Figure 29: Répartition des médicaments au cours du traitement local dans notre série.....	38
Figure 30: Relation entre les tranches d'âge des patients et teigne du cuir chevelu	49
Figure 31: Orientation diagnostique devant des papules	66
Figure 32: Orientation diagnostique devant des plaques	66
Figure 33: Orientation diagnostique devant des macules	67
Figure 34: Orientation diagnostique devant un état squameux du cuir chevelu	67

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition selon le type de lésions élémentaires	17
Tableau II: Répartition selon les types de macules	17
Tableau III: Répartition selon le type de lésions secondaires	25
Tableau IV: Répartition selon la topographie des lésions de la peau glabre	27
Tableau V: Répartition des lésions des muqueuses	28
Tableau VI: Répartition des lésions des phanères : cuir chevelu	31
Tableau VII: Répartition des lésions des phanères : ongles	33
Tableau VIII: Répartition des dermatoses infectieuses dans notre série	35
Tableau IX: Répartition des dermatoses inflammatoires dans notre série	36
Tableau X: Répartition des patients selon les génodermatoses	37
Tableau XI: Relation entre prurit et dermatoses	40
Tableau XII: Relation entre les types de papules et les dermatoses	41
Tableau XIII: Relation entre les types de plaques et les dermatoses	42
Tableau XIV: Relation entre les types de macules et les dermatoses	42
Tableau XV: Relation entre les lésions secondaires et les dermatoses	44
Tableau XVI: Relation entre les localisations des lésions et la dermatite atopique	44
Tableau XVII: Relation entre les localisations des lésions et les Eczématides	45
Tableau XVIII: Relation entre les localisations des lésions et la Gale	46
Tableau XIX: Relation entre les localisations des lésions et la kératose pilaire ...	47
Tableau XX: Relation entre l'âge des patients et les dermatoses	48
Tableau XXI: Relation entre le sexe des patients et les dermatoses	50

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
NOTRE ETUDE	4
PATIENTS ET METHODES	5
I. Cadre d'étude	6
II. Type et période d'étude	7
III. Population d'étude.....	7
IV. Variables et collecte des données.....	7
V. Saisie et analyse des données	8
VI. Considérations éthiques	8
VII. Aspects financiers	8
RESULTATS	9
I-Phase Descriptive.....	10
1. Profil socio-démographique des patients	10
2. Profil clinique de la population d'étude	14
3. Examens paracliniques	38
4. Profil thérapeutique	38
II- Phase analytique	40
1. Relation entre les antécédents personnels des patients et les dermatoses.....	40
2. Relation entre la présence de prurit dans l'entourage et la gale :	40
3. Relation entre prurit chez les patients et les dermatoses courantes :	40
4. Relation entre les lésions de la peau glabre et les dermatoses	41
5. Relation entre les localisations des lésions et les dermatoses :.....	44
6. Relation entre l'âge des patients et les dermatoses	47

7. Relation entre lésions et pathologies les plus fréquentes des phanères :	49
8. Relation entre le sexe des patients et les dermatoses	50
9. Association entre les différentes pathologies	50
DISCUSSION	51
I. Apport de ce travail.....	52
II. Limites de l'étude	52
III. Données socio-démographiques.....	53
1. Age	53
2. Sexe	53
IV. Aspects cliniques.....	54
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	63
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	68
ANNEXES	

INTRODUCTION

Rapport-Gratuit.com

Les dermatoses pédiatriques regroupent les maladies aiguës et chroniques de la peau survenant chez les enfants. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les enfants sont les personnes âgées de moins de 16 ans [67].

Ces affections induisent des handicaps physiques et psychologiques qui peuvent affecter la qualité de vie de l'enfant et de sa famille.

Selon l'OMS (2013), les maladies cutanées représenteraient la deuxième cause « des années vécues avec un handicap » (Years Lived with Disabilities) parmi les enfants et les adolescents [19].

En Afrique, les prévalences des dermatoses infantiles variaient entre 21% et 87% selon l'OMS [67].

Un retard de consultation des patients en milieu spécialisé pour les affections dermatologiques est souvent dû à un niveau économique bas, au recours à l'automédication et à d'autres structures religieuses des dispensaires catholiques ou les tradi-praticiens [4, 13, 36, 44].

La prévalence des consultations pour des dermatoses infantiles est variable non seulement d'un pays à l'autre mais aussi d'un service à un autre au sein d'un même pays [67].

Au Sénégal, particulièrement à Dakar, les patients âgés de moins de 20 ans représentaient 24% des consultants au service de dermatologie de l'hôpital Aristide Le Dantec (H.A.L.D) [15].

En Afrique, une revue systémique de l'OMS en 2005, suggérait que les pyodermes, la teigne du cuir chevelu (TCC), la gale, les viroses cutanées, la pédiculose, l'eczéma et les réactions cutanées aux piqûres d'insectes étaient les sept dermatoses les plus courantes chez les enfants [67].

Les maladies de la peau représentent donc, chez l'enfant un motif fréquent de consultation au service de dermatologie. Toutefois, en raison des spécificités de la dermatologie pédiatrique, la formation des médecins (généralistes et pédiatres) et des infirmiers pourrait être améliorée.

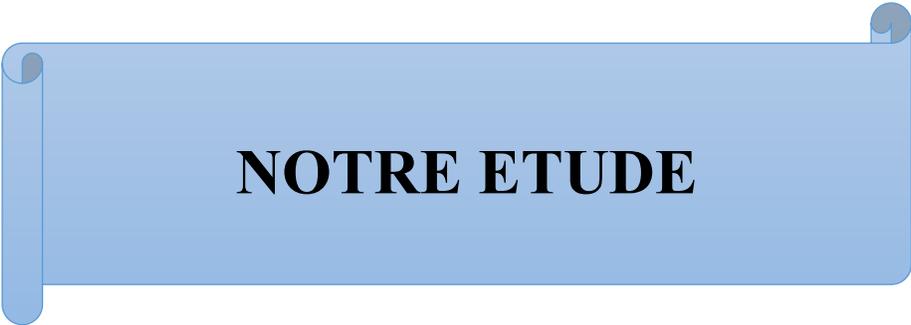
Ainsi, une bonne analyse des lésions élémentaires dermatologiques les plus courantes au sein de notre service permettra d'établir un diagnostic pour la prise en charge par les professionnels de santé ou pour l'orientation vers un dermatologue.

C'est dans cette optique que nous envisageons ce présent travail, avec l'objectif général d'identifier les principales lésions cutanées élémentaires rencontrées chez l'enfant au Service de Dermatologie- Vénérologie à l'Institut d'Hygiène Sociale (IHS) à Dakar.

Les objectifs spécifiques étant :

- De décrire les lésions élémentaires rencontrées au cours des principales affections dermatologiques chez l'enfant.
- D'élaborer une démarche diagnostique spécifique à l'enfant présentant une affection dermatologique.

Le plan comportera la description de la méthodologie, la présentation des résultats avant leur discussion. Nous conclurons et proposerons les recommandations.



NOTRE ETUDE

PATIENTS ET METHODES

I. Cadre d'étude

Notre étude a été menée au sein du service de Dermatologie-Vénérologie de l'hôpital IHS à Dakar. Ce dernier comporte

- Une unité de prise en charge des infections sexuellement transmissibles :
 - 01 salle de consultation pour les médecins
 - 01 salle de consultation pour les sage-femmes
 - 01 salle d'IEC
 - 01 salle d'attente
 - 01 bureau pour le service social
- Une unité de Dermatologie :
 - 01 bureau commun pour l'accueil et le secrétariat
 - 02 salles d'attente
 - 03 salles de consultation
 - 02 bureaux pour les médecins
 - 01 bureau pour le surveillant du service
 - 01 salle de soins commune aux différentes unités
 - Hospitalisation commune avec la Médecine

L'unité d'hospitalisation du Service de Dermatologie-Vénérologie a une capacité de 17 lits mutualisés avec les services de médecine et de cardiologie répartis en 2 lits d'urgence, 5 lits femmes (salle commune), 5 lits hommes (salle commune), 2 cabines à 2 lits et 1 cabine individuelle.

- Une unité CDVA Amadou Makhtar Mbow
 - Un espace virtuel
 - Des activités de counseling et dépistage de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine.

II. Type et période d'étude

Etude monocentrique descriptive à visée analytique avec recueil prospectif des données pour une période de 2 mois s'étalant du 10 janvier 2020 au 10 mars 2020.

III. Population d'étude

Elle était constituée de l'ensemble des enfants vus en consultation de dermatologie de l'IHS.

➤ Critères d'inclusion :

Etaient inclus dans notre étude :

- Tout nouveau patient âgé de moins de 16 ans, quel que soit le sexe, consultant au service de dermatologie à l'IHS de Dakar.
- Enfants dont le parent ou l'accompagnant a donné son consentement pour participer à l'étude.

➤ Critères de non inclusion

Etaient exclus de notre étude les enfants consultant pour un motif autre qu'une affection dermatologique.

IV. Variables et collecte des données

Une fiche conçue pour notre étude nous a permis de collecter les différentes données (Annexe I).

Cette fiche comporte :

- le recueil des données socio-démographiques de l'enfant : âge, sexe, provenance, origine ethnique, résidence, scolarité, profession et revenu mensuel fixe des parents.
- Les variables cliniques : motifs de consultation, durée d'évolution, signes fonctionnels, lésions élémentaires, topographies des lésions et traitements.

- Les variables paracliniques (biologiques,...) à visée diagnostique ou de retentissement.

La personne chargée de l'enquête est un Docteur en médecine en 4ème année du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) en Dermatologie-Vénérologie à Dakar.

V. Saisie et analyse des données

La saisie des données et l'étude statistique avec analyse quantitative et qualitative ont été réalisées en utilisant le logiciel « IBM SPSS Statistics » version 25.

Les tests utilisés pour les études bivariée et analytique étaient le khi carré de Pearson, le test exact de Fisher et le test de corrélation de Spearman avec $p < 0,05$.

VI. Considérations éthiques

Les patients n'étaient recrutés qu'après un consentement libre et éclairé du parent ou de l'accompagnant de l'enfant concerné, les quels sont informés des objectifs de l'enquête.

Les patients étaient libres de demander leur retrait de l'étude à tout moment sans impact sur leur prise en charge.

Au besoin les patients étaient référés en pédiatrie.

VII. Aspects financiers

Cette étude n'a pas bénéficié de financement et entre dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude de DES.

Les frais de consultation des actes médicaux et des examens paracliniques étaient à la charge des patients.

Les photocopies des questionnaires étaient à notre charge.

Ainsi, le budget de notre étude a été limité au prix des photocopies qui étaient à 200CFA x 303 fiches= 60600 CFA.

RESULTATS

I-Phase Descriptive

1. Profil socio-démographique des patients

Durant la période d'étude de 2 mois, 956 patients âgés de 0 à 19 ans ont consulté au service de dermatologie de l'IHS dont 303 enfants ont été inclus dans notre étude

1.1. Age

Notre population d'étude avait une moyenne d'âge de 4,58 ans \pm 3,94 avec des extrêmes de 3 semaines et 15 ans et 7 mois et une médiane de 4 ans.

La figure 1 illustre la répartition des patients selon la tranche d'âge telle que définie par l'OMS et montre que les nouveaux-nés de moins de 28 jours représentaient 0,99% (n=3) et les adolescents (10-15 ans) représentaient 12,87% (n=39).

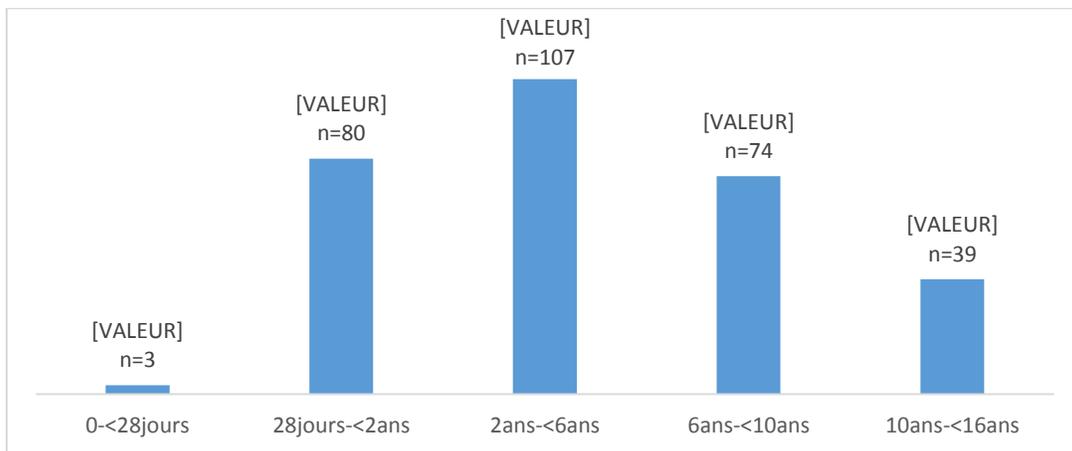


Figure 1: Répartition des patients selon la tranche d'âge

1.2. Sexe

Les patients de sexe masculin représentaient 51,81% (n=157) et les patients de sexe féminin représentaient 48,18 % (n= 146) avec un sex-ratio de 1,07.

1.3. Répartition selon l'âge et le sexe

La répartition de nos patients selon l'âge et le sexe, illustrée dans la figure 2, montre une légère prédominance masculine selon les tranches d'âge à l'exception de la tranche d'âge (28 jours-<2 ans) où une légère prédominance féminine a été notée.

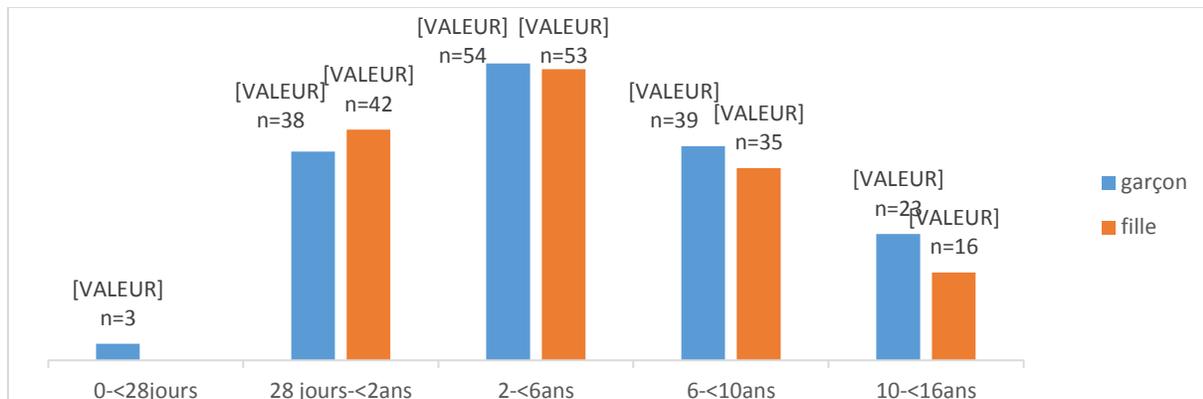


Figure 2 : Répartition des patients selon l'âge et le sexe

1.4. Répartition selon la nationalité

Les patients étaient de nationalité sénégalaise dans 94,05% des cas (n= 285). Les autres patients (n=18) étaient guinéens (n=14), camerounais (n=1), mauritanien (n=1) et maliens (n=2).

1.5. Répartition selon le phototype et l'ethnie

1.5.1. Répartition selon le phototype

Tous les patients inclus dans notre étude étaient de phototype VI.

Les différents types de phototypes sont illustrés dans l'annexe II.

1.5.2. Répartition selon l'ethnie

La figure 3 illustrant la répartition selon l'ethnie, tout âge confondu, a objectivé que 49,17% (n=149) de la population étaient des wolofs alors que les peulhs représentaient 21,78% (n=66) et les Sérères 11,55% (n=35).

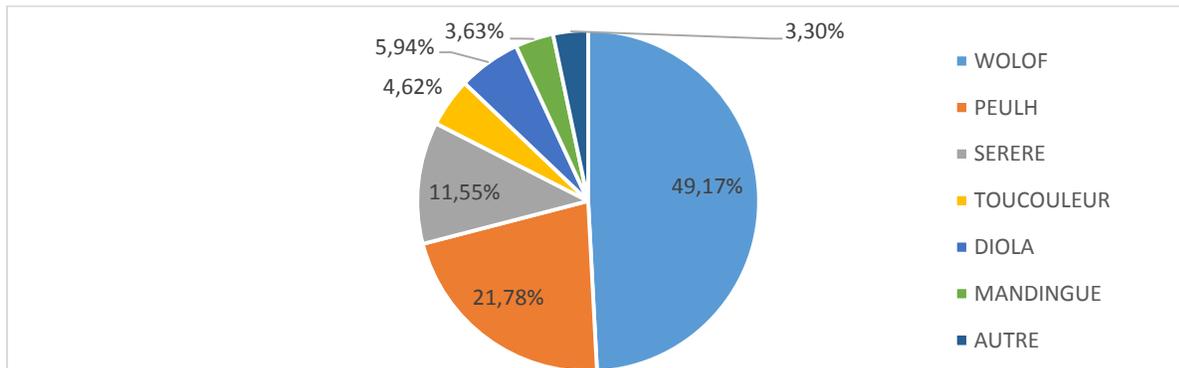


Figure 3: Répartition de la population selon l'ethnie

1.6. Lieu de naissance

Parmi notre population d'étude, 95,7 % des patients étaient nés au Sénégal dont 87,78% (n=266) dans la région de Dakar et 8,25% (n=25) dans d'autres régions du Sénégal. Alors que 4,29 % (n=13) étaient nés en dehors du Sénégal.

1.7. Lieu de Résidence

Un patient résidait en Guinée et tous les autres patients de notre étude résidaient au Sénégal dont 96,36% (n=292) étaient à Dakar, 4 à Diourbel, 3 à Thiès et 3 patients à Saint Louis, Ziguinchor et Kolda.

1.8. Répartition des patients selon la région d'origine

Dans notre population d'étude, 60,71% (n=184) étaient originaires de la région de Dakar comme le montre la figure 4.

Les autres malades étaient originaires de différentes régions dont les plus fréquentes étaient Saint-Louis, Diourbel, Kaolack, Thiès et Kolda. En revanche, 6,27% des patients (n=19) n'étaient pas originaires du Sénégal.

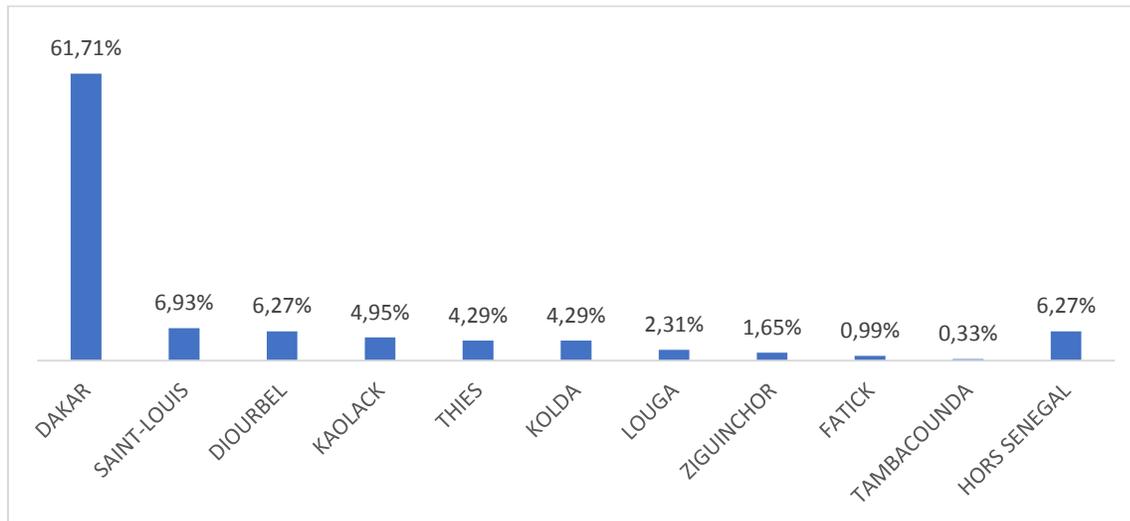


Figure 4: Répartition des patients selon la région d'origine

1.9. Répartition selon le niveau de scolarisation

Parmi les 113 patients en âge scolaire (6 - <16 ans), 92,92% (n=105) suivaient un enseignement régulier dont 15,28% (n=16) étaient scolarisés dans une école coranique.

Parmi les 107 patients d'âge préscolaire (2 - <6ans), 30,84% (n=33) suivaient un enseignement régulier dont 45,45% (n=15) étaient scolarisés dans une école coranique.

1.10. Répartition selon le revenu mensuel fixe

La répartition des revenus mensuels fixes des familles des patients est illustrée dans la figure 5 qui montre un revenu mensuel fixe :

- inférieur à 50000 CFA chez 8,91% (n=27).

- entre 50000 CFA et 250000 CFA dans 50,49% des cas (n= 153).
- supérieur à 250000 CFA chez 21,45% (n=65).

Le revenu mensuel n'a pas été précisé dans 19,14% des cas (n=58).

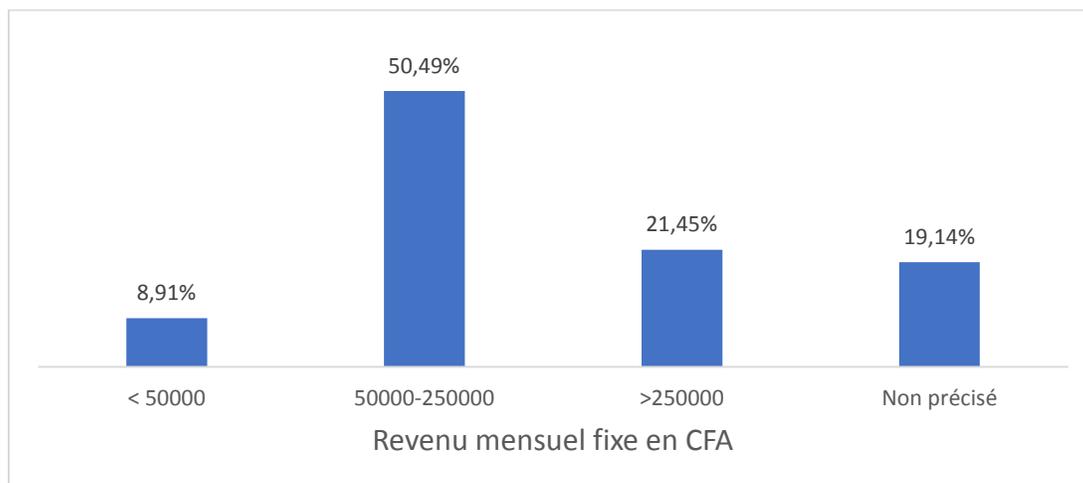


Figure 5: Répartition des patients selon le revenu mensuel fixe

1.11. Répartition selon l'accompagnant

Les patients étaient venus en consultation, accompagnés de l'un de leurs parents dans 85,14% des cas (n=258).

Dans 14,86% des cas (n=45), les patients étaient accompagnés de leur tuteur.

2. Profil clinique de la population d'étude :

2.1. Motif de consultation

La répartition des patients selon le motif de consultation, représentée dans la figure 6, montre que les lésions cutanées étaient le motif de consultation dans 50,82% des cas (n=154) dont 46,1% (n=71) présentaient un signe fonctionnel de prurit.

Les lésions du cuir chevelu et le prurit représentaient les motifs de consultation dans 24,42 % (n=74) et 21,78% (n=66) respectivement.

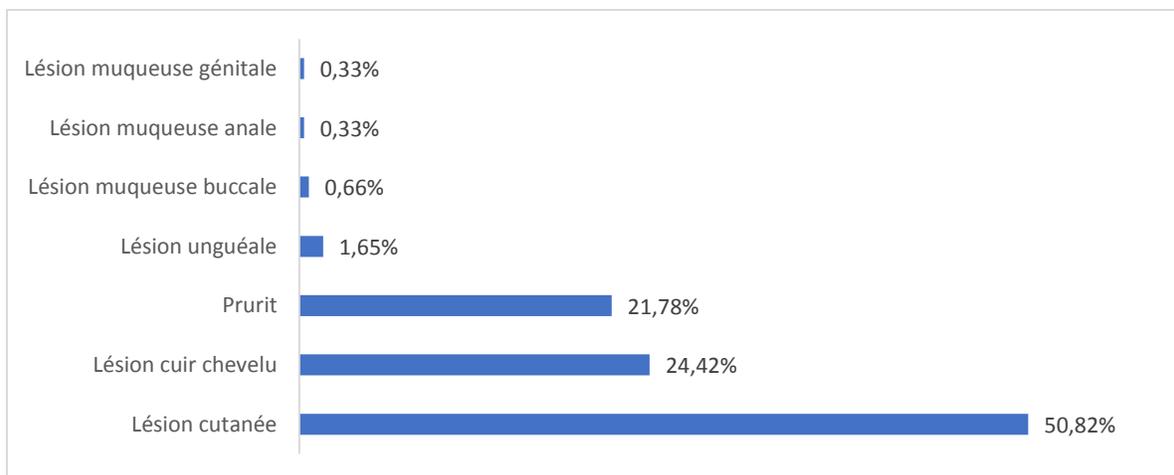


Figure 6: Répartition selon le motif de consultation chez les enfants âgés de moins de 16 ans

2.2. Délai d'évolution des lésions

Le délai d'apparition des lésions avant consultation était :

- moins d'une semaine dans 10,56% des cas (n=32).
- de 1 à 2 semaines chez 7,92% des patients (n= 24).
- de 2 à 4 semaines chez 19,14% des patients (n=58).
- supérieur à 4 semaines dans 62,37% des cas (n= 189).

2.3. Antécédents et terrain personnels

Une drépanocytose a été notée chez 4 patients (1,32%).

Une fièvre d'allégation était retrouvée chez 9 patients (2,97%).

La notion d'antécédents personnels n'a pas été précisée chez 24 patients (7,92%).

Une atopie ou équivalents d'atopie (rhinite allergique, conjonctivite allergique, allergie alimentaire, asthme, dermatite atopique (DA)) étaient notés chez 28,71% des patients (n=87).

2.4. Antécédents Familiaux

Des antécédents familiaux d'atopie ou équivalents d'atopie étaient notés chez 22,44% des patients (n=68).

Des antécédents familiaux de drépanocytose ont été notés chez 11 patients (3,63%).

2.5. Signes fonctionnels

Un prurit était noté dans 45,54 % des cas (n=138).

Une notion de prurit dans l'entourage était notée chez 8,25% des patients (n=25).

Une douleur était présente dans 2,31% des cas (n=7).

2.6. Signes cliniques

Une analyse minutieuse de l'ensemble de la peau, des muqueuses et des phanères avec examen physique complet, nous a permis d'identifier et d'analyser les lésions élémentaires, leurs groupement et topographie.

Une ou plusieurs lésions peuvent être présentes chez le même patient et situées dans différentes parties du corps.

2.6.1. Lésions de la peau glabre

a- Lésions élémentaires :

Le tableau I illustre les différentes lésions retrouvées dans notre étude.

Les lésions élémentaires trouvées dans notre étude étaient au nombre de 601 lésions retrouvées chez 303 patients. Les papules, la xérose, les plaques et les macules représentaient les lésions élémentaires cutanées les plus rencontrées dans notre étude respectivement dans 53,13%, 48,84%, 40,92% et 30,69% des cas.

Tableau I: Répartition selon le type de lésions élémentaires

Type de lésion	Nombre de patients (%)
Papules	161 (53,13%)
Xérose	148 (48,84%)
Plaques	124 (40,92%)
Macules	93 (30,69%)
Vésicules	42 (13,86%)
Pustules	25 (8,25%)
Bulles	4 (1,32%)
Kératolyse ponctuée	2 (0,66%)
Végétation	1 (0,33%)
Nodule vasculaire	1 (0,33%)
TOTAL	601

➤ **Macules**

Les macules identifiées chez nos patients étaient au nombre de 93, réparties selon leur nature dans le tableau II.

Tableau II: Répartition selon les types de macules

	Type	Nombre (%)
Macules	Hyperpigmentée	32 (34,4%)
	Hypopigmentée	26 (27,95%)
	Erythémateuse	28 (30,1%)
	Vasculaire	5 (5,37%)
	Achromique	2 (2,15%)
TOTAL		93

Les figures 7 et 8 illustrent des macules retrouvées chez nos patients. Il s'agit de macules hyperpigmentées et macules hypochromiques.



Figure 7: Macules hyperpigmentées des fesses et de la région lombo-sacrée lors de tache mongolique et nævus hyperpigmenté chez un nourrisson de 1 an



Figure 8: Macules hypochromiques du visage et de la face antérieure du thorax au cours des eczématides chez un nourrisson

➤ Papules

Dans notre étude, les papules étaient au nombre de 161. On distinguait des papules folliculaires et non folliculaires.

Les papules non folliculaires représentaient 77,01% (n=124), dont 18,63% (n=30) étaient de type papules ombiliquées.

Les papules folliculaires représentaient 22,98% (n=37) dont 19,25% (n=31) étaient de type kératosiques.

La figure 9 illustre des papules non folliculaires au cours d'une gale chez un enfant de 3 ans.



Figure 9: Eruption papuleuse au cours d'une gale chez un enfant de 3 ans
(A- Fesses, B- face postérieure du coude)

La figure 10 illustre des papules ombiliquées chez nos patients.



Figure 10 : Papules ombiliquées du visage lors de Molluscum Contagiosum chez 2 enfants âgés de 5 ans

La figure 11 illustre des papules folliculaires chez l'un de nos patients.



Figure 11: Papules folliculaires kératosiques du dos lors d'une kératose pilaire chez un enfant de 8 ans

➤ Plaques

Dans notre étude, les plaques étaient au nombre de 124.

Les plaques lichénifiées étaient les lésions les plus fréquentes, retrouvées dans 40,32% (n=50) dont 4,83% (n=6) étaient de type érythémateuses lichénifiées.

Les plaques érythémateuses étaient notées dans 30,64% (n=38) dont 20,16% (n=25) étaient des plaques érythémato-squameuses.

Les plaques kératosiques et squameuses étaient notées dans 15,32% (n=19) et 33,06% (n=41) respectivement.

La figure 12 illustre des plaques lichénifiées retrouvées chez nos patients.

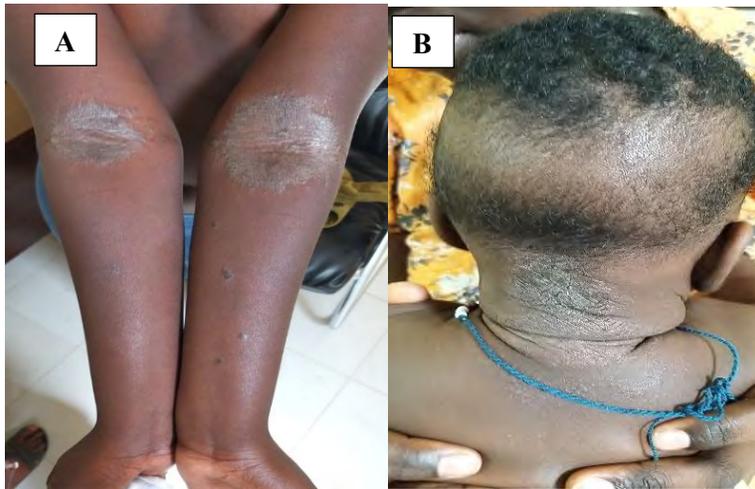


Figure 12: Plaques lichénifiées du pli du coude et de la nuque

A-localisées au pli du coude au cours d'une dermatite atopique chez un patient de 12 ans.

B-localisées au niveau de la nuque au cours d'un eczéma chronique chez un nourrisson.

La figure 13 illustre une plaque squameuse retrouvée chez l'un de nos patients.



Figure 13: Plaque squameuse annulaire avec tendance de guérison centrale localisée au niveau du menton lors d'une dermatophytie de la peau glabre chez un enfant de 5 ans.

➤ **Vésicules**

Dans notre étude, 42 de nos patients (13,86%) ont présenté des lésions vésiculeuses dont 2 étaient de type vésicules ombiliquées.

La figure 14 montre des lésions vésiculeuses notées chez nos patients



Figure 14: Lésions vésiculeuses interdigitales au cours d'une gale chez un enfant de 3 ans

La figure 15 montre des lésions de vésicules notées chez l'un de nos patients.



Figure 15: Vésicules à localisation diffuse au cours d'une varicelle chez un enfant de 5 ans

➤ **Pustules**

Les pustules ont été notées chez 8,25% des patients (n=25) et la figure 16 illustre des lésions pustuleuses retrouvées chez nos patients.

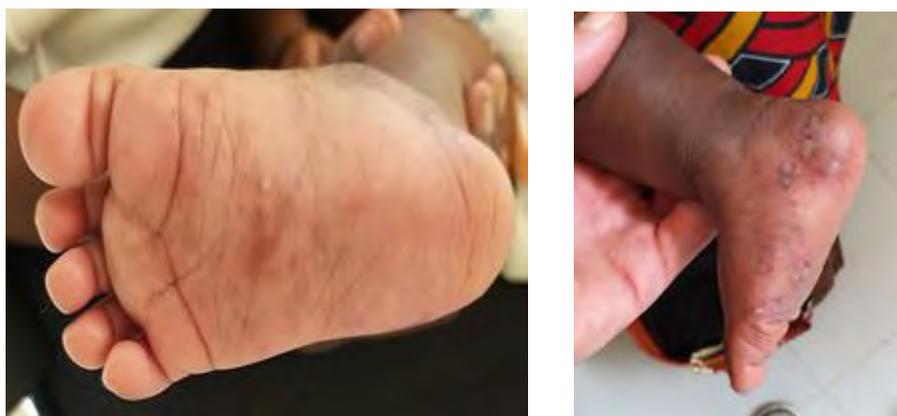


Figure 16: Pustules plantaires au cours d'une gale chez un nourrisson

➤ **Bulles**

Les bulles ont été retrouvées chez 4 patients et la figure 17 illustre des lésions bulleuses retrouvées chez nos patients.



Figure 17: Lésions bulleuses du membre inférieur au cours d'un impétigo bulleux chez un enfant de 8 ans

b- Distribution et regroupement :

L'étude de la distribution et du regroupement des lésions a montré :

- Une distribution localisée dans 58,74% des cas (n=178) et diffuse dans 22,77% des cas (n=69),
- Des lésions annulaires dans 1,65% des cas (n=5),
- Des lésions blaschko-linéaires dans 0,66% des cas (n=2),
- Des médaillons dans 0,33 % des cas (n=1).

c- Lésions secondaires :

Les lésions secondaires, illustrées dans le tableau III, étaient dominées par les croûtes (39,6% et n=120) dont 12,87 % étaient de type mélicériques suivies des excoriations (30,69% et n= 93).

Les cicatrices notées dans 12,54% des cas (n =38) étaient le plus fréquemment de type cicatrices hyperpigmentées (10,23% et n=31) dont 9,24% (n= 28) étaient localisées au niveau rétro-auriculaire

Les cicatrices hypertrophiques étaient notées dans 1,98% des cas (n=6) (figure).

Les fissures étaient notées dans 11,88% des cas (n=36) dont 7,26% (n=22) étaient localisées au niveau rétro-auriculaire.

Tableau III: Répartition selon le type de lésions secondaires

Type de lésion		Nombre de patients (%)	
Croûtes	Non mélicériques	81 (26,73%)	120 (39,6%)
	Mélicériques	39 (12,87%)	
Excoriations		93 (30,69%)	
Cicatrices	Hyperpigmentées	31 (10,23%)	38 (12,54%)
	Hypertrophiques	6 (1,98%)	
	Hypopigmentées	1 (0,33%)	
Fissures		36 (11,88%)	
Ulcérations		1 (0,33%)	

La figure 18 illustre une cicatrice hypertrophique chez l'un de nos patients.



Figure 18: Cicatrice hypertrophique (cicatrice chéloïde) chez un enfant de 4 ans

La figure 19 illustre une Fissure rétro-auriculaire chez l'un de nos patients.



Figure 19: Fissure rétro-auriculaire au cours d'un eczéma chez un enfant de 2ans

d- Autre lésion :

Un double pli sous palpébral a été noté chez 7,59% des patients (n=23) et la figure 20 illustre un double pli sous palpébral chez un patient de notre série.



Figure 20: Double pli sous palpébral au cours d'une dermatite atopique chez un enfant de 9 ans

e- Localisation des lésions :

L'étude de la topographie des lésions de la peau glabre dans notre série, illustrée dans le tableau IV, a montré que les lésions étaient localisées au niveau du tronc dans 43,56% des cas (n=132), au membre inférieur dans 43,56% des cas (n=132), au niveau de la tête et du cou dans 41,25% des cas (n=125) et au membre supérieur chez 38,94% des patients (n=118).

Tableau IV: Répartition selon la topographie des lésions de la peau glabre

Localisation de la lésion		Nombre de lésions (%)
Tronc (n=132)	Dos	61 (46,21%)
	Abdomen	59 (44,96%)
	Face antérieure du thorax	57 (43,18%)
	Siège	38 (28,78%)
	Lombaire	35 (26,51%)
	Région lombo-sacrée	16 (12,12%)
	Pli inter-fessier	10 (7,57%)
Membre inférieur (n=132)	Fesses	53 (40,15%)
	Pied	50 (37,87%)
	Creux poplité	29 (21,96%)
	Face antérieure du genou	27 (20,45%)
	Jambe	25 (18,93%)
	Cuisse	17 (12,87%)
	Inter-orteils	11 (8,33%)
Tête et cou (n =125)	Visage	85 (68%)
	Cou	40 (32%)
	Nuque	36 (28,8%)
Membre supérieur (n=118)	Poignet	46 (38,98%)
	Pli du coude	45 (38,13%)
	Interdigital	43 (36,44%)
	Main	38 (32,2%)
	Face postérieure du coude	16 (13,55%)
	Creux axillaire	14 (11,86%)
	Bras	11 (9,32%)
	Avant-bras	10 (8,47%)

2.6.2. Lésions des muqueuses

Les lésions des muqueuses (buccale, génitale et anale) ont été notées chez 5,94% des patients de notre étude (n=18) et la répartition des lésions des muqueuses est rapportée dans le tableau V.

Tableau V: Répartition des lésions des muqueuses

Type et localisation de la lésion		Nombre de patients(%)	Total
Buccale	Papule blanche kératosique	4 (1,32%)	5 (1,65%)
	Angioedème	1 (0,33%)	
	Nodule	8 (2,64%)	
Génitale	Macules achromiques licheniennes	1 (0,33%)	11 (3,63%)
	Papule	1 (0,33%)	
	Plaque lichénifiée	1 (0,33%)	
	Erythème	2 (0,66%)	
Anale			2 (0,66%)

Au niveau buccal, les papules blanchâtres kératosiques étaient retrouvées chez 1,32% des patients (n=4) et la figure 21 illustre des papules de la muqueuse buccale chez un patient de notre série



Figure 21: Papules de la muqueuse buccale au cours d'une papillomatose buccale

Toutes les lésions génitales étaient localisées au niveau de la verge et la figure 22 illustre une macule achromique de la muqueuse génitale chez l'un de nos patients.



Figure 22: Macule achromique au cours d'un vitiligo chez un enfant de 3ans

Au niveau anal, un érythème était noté dans 0,66% des cas (n=2) et la figure 23 illustre un érythème anal chez un patient de notre série.



Figure 23: Macule érythémateuse anale lors d'une anite d'allure candidosique chez un nourrisson

2.6.3. Lésions des phanères

Les lésions des phanères (cuir chevelu et ongles) ont été notées.

a. Cuir chevelu

Le tableau VI illustre la répartition des lésions du cuir chevelu dans notre série et montre que l'association de l'alopecie à des plaques squameuses et des cheveux cassés était notée dans 15,51% des cas (n=47).

Les croûtes mélicériques et les pustules étaient notées dans 10,23% des cas pour chaque lésion (n=31).

Des cheveux sains squameux étaient détectés dans 9,24% des cas (n=28).

Tableau VI: Répartition des lésions des phanères (cuir chevelu)

Localisation et type de la lésion		Nombre de patients (%)
Cuir chevelu	Alopécie, plaque squameuse, cheveux cassés	47 (15,51%)
	Pustule	32 (10,56%)
	Croûtes mélicériques	31 (10,23%)
	Squameux	28 (9,24%)
	Macules vasculaires	3 (0,99%)
	Alopécie diffuse occipitale	2 (0,66%)
	Papules ombiliquées	1 (0,33%)
	Nodule	1(0,33%)

La figure 24 illustre une alopécie squameuse et cheveux cassés chez nos patients.



Figure 24: Teigne du cuir chevelu (alopécie squameuse et cheveux cassés)

A- Teigne tondante du cuir chevelu à petites plaques chez un enfant de 3 ans

B-Teigne tondante du cuir chevelu à grandes plaques chez un enfant de 5ans

La figure 25 illustre une macule vasculaire chez l'un de nos patients.



Figure 25: Macule vasculaire occipital lors d'un angiome plan (angiome de Unna) chez un enfant de 5 ans

b. Ongles

Les lésions des ongles étaient notées dans 5,28% des cas (n=16) et étaient localisées au niveau des ongles des mains et/ou des orteils et le nombre d'ongles atteints était variable.

Une atteinte d'une seule main était notée chez 12 patients (lésion d'un seul doigt dans 7 cas, de 2 doigts dans 4 cas et de 3 doigts chez 1 patient) et une atteinte des 2 mains était notée chez 2 patients (5 doigts chez l'un et 10 doigts chez l'autre).

Une atteinte d'un seul pied était notée chez 2 patients avec lésion de 2 orteils et une atteinte des 2 pieds était notée chez 2 patients avec lésion de 2 orteils chez l'un et de 10 orteils chez l'autre.

Les lésions des ongles dans notre série sont rapportées dans le tableau VII qui montre que les lésions des ongles de type onycholyse et mélanonychie étaient les plus enregistrées dans notre étude à raison de 2,31% des cas (n=7) pour chaque lésion.

Les lésions de type onychomadèse étaient notées dans 0,66% des cas (n=2).

Des lésions des ongles des mains étaient notées chez 3,96% des patients (n=12).

Des lésions des ongles des orteils étaient notées chez 0,66% des patients (n=2).

Des lésions des ongles des mains et des orteils étaient notées chez 0,66% des patients (n=2).

Tableau VII: Répartition des lésions des phanères (ongles)

Localisation et type de la lésion		Nombre de patients (%)
Ongle	Onycholyse	7 (2,31%)
	Mélanonychie	7 (2,31%)
	Pachyonychie	4 (1,32%)
	Koilonychie	3 (0,99%)
	Onychodystrophie	3 (0,99%)
	Onychomadèse	2 (0,66%)
	Atrophie	2 (0,66%)
	Paronychie	2 (0,66%)

Les figures 26, 27 et 28 illustrent des lésions des ongles notées chez nos patients ; onycholyse, mélanonychie en bande et onychomadèse respectivement.



Figure 26: Onycholyse au cours d'une onychomycose chez une adolescente de 13ans



Figure 27: Mélanonychie en bande physiologique chez un enfant de 4 ans



Figure 28: Onychomadèse chez un enfant de 2 ans

2.7. Répartition en fonction du diagnostic retenu

Nous avons recensé 545 diagnostics répartis comme suit :

- 258 dermatoses infectieuses (47,33%),
- 70 dermatoses immuno-allergiques (12,84%),
- 84 dermatoses inflammatoires (15,41%),
- 22 génodermatoses (4,03%),
- 7 dermatoses tumorales (1,28%)
- 105 autres dermatoses (19,26%).

2.7.1. Dermatoses infectieuses

Les dermatoses infectieuses étaient les plus fréquentes dans notre série (n=258) et leur répartition, rapportée dans le tableau VIII, montre que les dermatoses bactériennes étaient les plus fréquentes, suivies des dermatoses mycosiques, parasitaires et virales, retrouvées respectivement dans 38,37% (n=99), 24,03 % (n=62), 21,31% (n=55) et 16,27 (n=42).

Tableau VIII: Répartition des dermatoses infectieuses dans notre série

Dermatose infectieuse		Nombre(%)
Bactérienne 38,37% (n=99)	Impétigo (cutané + cuir chevelu + dermatoses impétiginisées)	60 (60,6%)
	Folliculite du cuir chevelu	32 (32,32%)
	Abcès	3 (3,03%)
	Kératose palmo-plantaire	2 (2,02%)
	Anite infectieuse	1 (1,01%)
	Dermo-hypodermite	1 (1,01%)
Mycosique 24,03% (n=62)	Teigne Cuir chevelu	48 (77,41%)
	Onychomycose	7 (11,29%)
	Dermatophytie de la peau glabre	5 (8,06%)
	Pityriasis Versicolor	1 (1,61%)
	Anite candidosique	1 (1,61%)
Parasitaire 21,31%(n=55)	Gale	54 (98,18%)
	Pédiculose du cuir chevelu	1 (1,81%)
Virale 16,27% (n= 42)	Molluscum Contagiosum	31 (73,8%)
	Eruption virale	5 (11,9%)
	Papulomatose buccale	2 (4,76%)
	Varicelle	2 (4,76%)
	Verrues	1 (2,38%)
	Pityriasis Rosé de Gibert	1 (2,38%)
TOTAL		258

2.7.2. Dermatoses immuno-allergiques

Les dermatoses immuno-allergiques dans notre série étaient au nombre de 70.

L'eczéma était la dermatose immuno-allergique la plus fréquente retrouvée dans 98,57% des cas (n=69).

Un cas de toxidermie a été diagnostiqué (1,42%).

2.7.3. Dermatoses inflammatoires

Dans notre série, 84 cas de dermatoses inflammatoires étaient notés et rapportés dans le tableau IX avec une prédominance de la DA dans 46,42% des cas (n=39).

Tableau IX: Répartition des dermatoses inflammatoires dans notre série

Diagnostic	Nombre (%)
Dermatite atopique	39 (46,42%)
Dermatite seborrhéique	28 (33,33%)
Dermite irritative	8 (9,52%)
Acné	3 (3,57%)
Vitiligo	2 (2,38%)
Psoriasis	2 (2,38%)
Lichen unguéal	1 (1,19%)
Pustulose néonatale	1 (1,19%)
TOTAL	84

2.7.4. Génodermatoses

Comme le montre le tableau X, on a enregistré 22 cas de génodermatoses dont les plus fréquents étaient les nævus.

Tableau X: Répartition des patients selon les génodermatoses

Diagnostic	Nombre (%)		
Nævus	Hyperpigmenté	11 (50%)	14 (63,63%)
	Achromique	2 (9,09%)	
	Nevil	1 (4,54%)	
Mélanonychie en bandes	6 (27,27%)		
Ichtyose	2 (9,09%)		
TOTAL	22		

2.7.5. Dermatoses tumorales bénignes

Des dermatoses tumorales bénignes ont été retrouvées chez 7 patients de notre étude. Il s'agit de la cicatrice chéloïde notée dans 71,42% des cas (n=5), de l'hémangiome et la xanthomatose juvénile retrouvées dans 14,28% des cas pour chacun (n=1).

2.7.6 Autres dermatoses

D'autres dermatoses ont été notées dans notre série (n=105) :

- La kératose pileaire (KP) dans 29,52% des cas (n=31)
- La cicatrice hyperpigmentaire dans 29,52% des cas (n=31).
- Les eczématides dans 19,04% des cas (n=20).
- Les taches mongoliques dans 14,28% des cas (n=15).
- L'angiome plan dans 4,76% des cas (n=5).
- L'état pelliculaire a été retrouvé dans 2,85% des cas (n=3).

3. Examens paracliniques

Les examens complémentaires demandés étaient les suivants :

- Examen mycologique chez 16 patients,
- Numération et formule sanguine chez 6 patients,
- Etude de la vitesse de sédimentation chez 2 patients,
- Dosage de la c- réactive protéine chez 2 patients,
- Biopsie cutanée pour examen anatomopathologique chez 2 patients,
- Prick test chez 1 patient,
- Radiographie de la main droite chez un patient.

4. Profil thérapeutique

Tous nos patients ont reçu un traitement à titre ambulatoire à l'exception d'un patient hospitalisé pour dermohypodermite.

4.1. Traitement local

Un traitement local était instauré chez 93,72% des patients (n=284) tel que le montre la figure 29.

Les dermocorticoïdes et les émoullients étaient les plus utilisés.

Le traitement antiparasitaire local était à base de benzoate de benzyle.

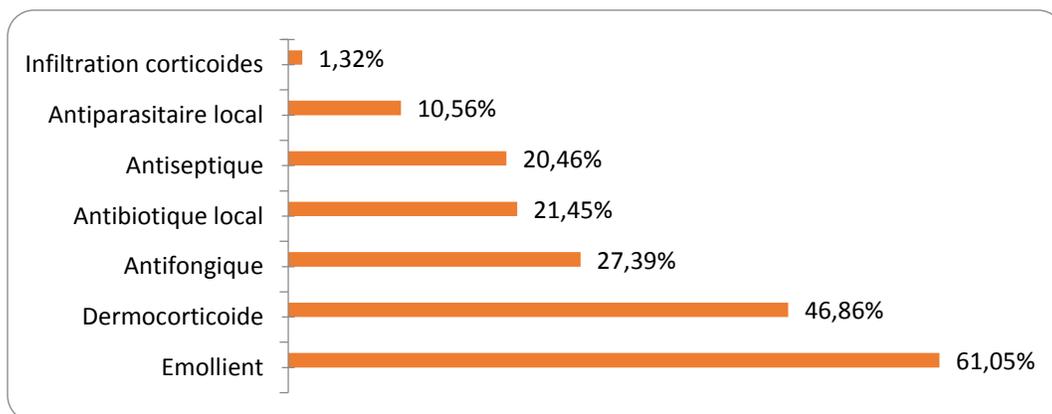


Figure 29: Répartition des médicaments au cours du traitement local dans notre série

4.2. Traitement par voie générale

Une antibiothérapie par voie générale était instaurée dans 23,1 % des cas (n=70). Elle était à base d'Amoxicilline-Acide clavulanique dans 82,85% (n=58), d'érythromycine dans 5,71% des cas (n=4) et de doxycycline dans 1,42% des cas (n=1).

- Les antimycosiques par voie générale étaient prescrits dans 19,14% des cas (n=58) faisant appel à la Griséofulvine dans 93,1% des cas (n= 54), à la terbinafine et au fluconazole dans 3,44% des cas pour chacun (n=2).

- Les antiparasitaires par voie générale (Ivermectine) étaient dispensés chez 7,59% des patients (n=23).

- Un traitement par antihistaminiques était dispensé dans 22,44% des cas (n=68).

Les antihistaminiques de 1^{ère} génération étaient dispensés dans 86,76% des cas (n=59) et les antihistaminiques de 2^{ème} génération dans 13,23% des cas (n=9).

- Un traitement par paracétamol était dispensé dans 2,64% des cas (n= 8).

4.3. Traitement chirurgical

Un traitement chirurgical était indiqué chez 11,22% des patients (n=34).

Il s'agit d'un curetage dans 10,23% des cas (n=31), une exérèse dans 0,66% (n=2) et une mise à plat dans 0,33% (n=1).

II- Phase analytique

1. Relation entre les antécédents personnels des patients et les dermatoses

-L'étude de la relation entre les antécédents personnels d'atopie (n=87) et les dermatoses les plus fréquentes a montré qu'il existe une relation significative avec la DA (n=27, p<0,001) et la KP (n=14, p=0,033).

- Il existe une relation statistiquement significative entre les antécédents familiaux d'atopie (n=68) et la DA (n=18, p<0,001).

2. Relation entre la présence de prurit dans l'entourage et la gale :

L'étude de la relation entre la présence de prurit dans l'entourage (n=25) et la gale a montré qu'il existe une relation significative statistiquement (n=25, p<0,001).

3. Relation entre prurit chez les patients et les dermatoses courantes :

L'étude de la relation entre le prurit (n=138) et les dermatoses courantes était significative et est illustrée dans le tableau XI.

Tableau XI: Relation entre prurit et dermatoses

Pathologie	Prurit : nombre de patients (%)	p
Gale	49 (90,74%)	<0,001
Eczéma	41 (59,42%)	0,009
Dermatite Atopique	39 (100%)	<0,001
Kératose pilaire	21 (67,74%)	0,012

4. Relation entre les lésions de la peau glabre et les dermatoses

4.1. Lésions élémentaires

4.1.1. Les papules

La relation entre les différents types de papules et les dermatoses est illustrée dans le tableau XII qui montre que les papules folliculaires kératosiques étaient significativement associées à la DA (n=12, p<0,001) et la KP (n=31, p<0,001).

Les papules ombiliquées étaient significativement associées au Molluscum Contagiosum (MC) (n=30, p<0,001).

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre les différents types de papules et l'eczéma (p>0,005).

Tableau XII: Relation entre les types de papules et dermatoses

Pathologie Lésion	Gale n, p	Dermatite atopique n, p	Kératose pilaire n, p	Molluscum n, p	Eczéma n, p
Papules non folliculaires	50 (53,19%) p<0,001	17 (18,08%) p=0,094	8 (8,51%) p=0,548	-	17 (18,08%) p=0,063
Papules folliculaires kératosiques	-	12 (58,06%) p<0,001	31 (100%) p<0,001	-	7 (22,58%) p=0,829
Papules ombiliquées	-	-	-	30 (100%) p<0,001	5 (16,66%) p=0,279

4.1.2. Les Plaques

Les plaques lichénifiées et les plaques érythémateuses avaient une relation statistiquement significative avec l'eczéma chronique et la DA telle que rapportée dans le tableau XIII.

Tableau XIII: Relation entre les types de plaques et dermatoses

Pathologie Lésion	Eczéma n, p	Dermatite Atopique n, p	Dermatophytie de la peau glabre n,p
Plaques lichénifiées	25 (47,16%) p<0,001	29 (54,71%) p<0,001	-
Plaques squameuses	19 (46,34%) p=0,001	9 (21,95%) p=0,077	4 (9,75%) p=0,001
Plaques annulaires	-	-	5 (100%) p<0,001

4.1.3. Les macules

Le tableau XIV rapporte les relations entre les types de macules et les dermatoses et montre que les macules érythémateuses étaient le plus souvent associées avec la dermatite séborrhéique (DS) avec une relation significative (n=18, p<0,001). De même, une relation statistiquement significative (p<0,001) pour les macules hypopigmentées et eczématides était retrouvée (n=20).

Tableau XIV: Relation entre les types de macules et dermatoses

Pathologie Lésion	Dermatite Séborrhéique n, p	Eczématides n, p	Eczéma n, p	Taches Mongoliques n, p
Macules Erythémateuses	18 (64,28%) p<0,001	8 (28,57%) p<0,001	3 (10,71%) p=0,136	-
Macules Hyperpigmentées	-	-	-	15 (46,87%) p<0,001
Macules Hypopigmentées	10 (36,46%) p<0,001	20 (76,92%) p<0,001	-	-

4.1.4. Les vésicules

-Il existe une relation statistiquement significative entre la présence de vésicules (n=42) et la gale (n=23, $p<0,001$).

-L'étude de la relation entre les vésicules (n=42) et la DA n'était pas statistiquement significative (n=4, $p=0,627$).

- L'étude de la relation entre les vésicules (n=42) et l'eczéma n'était pas statistiquement significative (n=12, $p=0,559$).

4.1.5. Les pustules

Il existe une relation statistiquement significative entre la présence de pustules (n=25) et la gale (n=17, $p<0,001$).

Chez les nourrissons, la présence de pustules était statistiquement liée à la gale (n=7, $p<0,001$).

Il existe une relation statistiquement significative entre la présence de pustules (n=25) et l'impétigo cutané (n=2, $p=0,001$).

4.1.6. Autres lésions élémentaires

-Il existe une relation statistiquement significative entre la présence de double pli palpébral (n=23) et la DA (n=11, $p<0,001$).

-Une relation statistiquement significative a été notée entre la xérose (n=148) et la DA (n=38, $p<0,001$) et la KP (n=25, $p<0,001$).

4.2. Lésions secondaires

L'étude de la relation entre les lésions secondaires et les dermatoses est illustrée dans le tableau XV qui montre une relation statistiquement significative entre excoriations, croûtes et croûtes mélicériques d'une part et gale, DA et impétigo cutané d'une autre part.

Tableau XV: Relation entre les lésions secondaires et les dermatoses

Pathologie Lésion	Eczéma n, p	Gale n, p	Dermatite Atopique n, p	Impétigo cutané n, p
Croûtes	20 (24,69%) P=0,883	38 (46,91%) P<0,001	21 (25,92%) P<0,001	22 (27,16%) P<0,001
Croûtes mélicériques	9 (23,07%) P=0,845	14 (35,89%) P=0,002	11(28,2%) P=0,002	5 (12,82%) P<0,001
Excoriations	22 (23,65%) P=0,671	44 (47,31%) P<0,001	22 (23,65%) P<0,001	32 (34,4%) P<0,001
Fissurations rétro-auriculaires	14 (63,63%) P<0,001	-	5 (22,72%) P=0,179	-

5. Relation entre les localisations des lésions et les dermatoses :

5.1. Dermatite atopique

Le tableau XVI rapporte la relation entre la localisation des lésions et la DA.

Le pli du coude et le creux poplité étaient les localisations les plus rencontrées dans la DA avec une relation statistiquement significative ($p<0,001$).

Tableau XVI: Relation entre la localisations des lésions et la dermatite atopique

Localisation	Nombre de patients (%)	p
Pli du coude	29 (64,44%)	<0,001
Creux poplité	21 (72, 41%)	<0,001
Visage	13 (15,29%)	0,432
Cou	10 (25%)	0,014
Creux axillaire	5 (35,71%)	0,009

5.2. Dermatite séborrhéique

Dans notre étude, l'association entre la DS et la localisation de siège était notée dans 47,36% (n=18) avec une relation statistiquement significative ($p<0,001$).

Il existe une relation statistiquement significative entre la DS et la localisation cuir chevelu (n=23, $p<0,001$).

Il existe une relation statistiquement significative entre la DS et l'association des localisations de siège et cuir chevelu (n=14, $p<0,001$).

5.3. Dermite irritative

Dans notre étude, l'association entre la dermite irritative et la localisation de siège était notée dans 21,05% des cas (n=8) avec une relation statistiquement significative ($p<0,001$).

Les macules érythémateuses avec localisation de siège et dermite irritative étaient notées dans 8 cas avec une relation significative statistiquement ($p<0,001$).

5.4. Eczématides

L'étude de la relation entre les eczématides et les différentes localisations, illustrées dans le tableau XVII, a montré que le visage et la face antérieure du thorax étaient statistiquement liés à la présence des eczématides.

Tableau XVII: Relation entre les localisations des lésions et les eczématides

Localisation	Nombre de patients (%)	P
Visage	13 (15,29%)	<0,001
Face antérieure de thorax	8 (14,03%)	0,012
Dos	5 (35,71%)	0,574

5.5. Gale

Toutes les localisations illustrées dans le tableau XVIII avaient une relation statistiquement significative avec la gale.

Tableau XVIII: Relation entre les localisations des lésions et la gale

Localisation	Nombre de patients (%)	P
Interdigital	41 (95,34%)	<0,001
Poignet	39 (84,78%)	<0,001
Fesses	38 (71,69%)	<0,001
Abdomen	25 (42,37%)	<0,001
Pied	23 (46%)	<0,001
Main	23 (60,52%)	<0,001
Face antérieure du thorax	19 (33,33%)	0,001
Face antérieure du genou	14 (51,85%)	<0,001
Face postérieure du coude	9 (56,25%)	<0,001

5.6. Impétigo cutané

L'analyse des données relatives à la localisation n'a objectivé aucun lien statistiquement significatif entre l'impétigo cutané et les différentes localisations.

5.7. Kératose pilaire

Le tableau XIX illustre la relation entre la KP et les différentes localisations.

Cette relation était statistiquement significative avec la face antérieure du thorax, la nuque et le dos.

Tableau XIX: Relation entre les localisations des lésions et la kératose pilaire

Localisation	Nombre de patients (%)	P
Face antérieure du thorax	14 (24,56%)	0,001
Nuque	12 (20,33%)	<0,001
Dos	12 (19,67%)	0,006
Cuisses	4 (23,52%)	0,082
Bras	2 (18,18%)	0,313

5.8. Molluscum Contagiosum

Il existe une relation statistiquement significative entre le MC (n=30) et la localisation du visage (n=24, p<0,001).

5.9. Taches mongoliques

Il existe une relation statistiquement significative entre les taches mongoliques (n=15) et la localisation lombo-sacrée (n= 12, p<0,001).

La relation entre les taches mongoliques (n=15) et la localisation au niveau des fesses n'était pas significative statistiquement (n= 2, p=0,751).

6. Relation entre l'âge des patients et les dermatoses

-Les plaques lichénifiées associées au diagnostic de DA n'étaient retrouvées que chez les patients d'âge supérieur ou égal à 2 ans avec une relation statistiquement significative (p<0,001).

-Les taches mongoliques étaient diagnostiquées à un âge inférieur à un an dans 80% des cas (n=12) et l'étude de la relation entre les taches mongoliques et l'âge a montré une corrélation négative significative avec un coefficient de corrélation $r = -0,293$ et $p < 0,001$.

-L'étude de la relation entre DS et les tranches d'âge a montré que tous les patients étaient âgés de moins de 2 ans avec une relation statistiquement significative ($p<0,001$).

- l'étude de la relation entre la DA, la localisation et l'âge a montré que les cas de DA chez les patients de moins de 2 ans étaient localisés au niveau du visage ($n=4$).

- l'étude de la relation entre les DA et l'âge a montré que les cas de DA chez les patients de moins de 2 ans étaient localisés au niveau du visage ($n=4$).

Le tableau XX illustre la relation entre l'âge des patients et les dermatoses.

Tableau XX: Relation entre l'âge des patients et les dermatoses

Age \ Dermatose	0- <2 Ans n (%)	2-<6 Ans n (%)	6- <10 Ans n (%)	10- <16 Ans n (%)	Total	P
Eczéma	15 (21,73%)	27 (39,13%)	18 (26,08%)	9 (13,04%)	69	0,946
Gale	17 (31,48%)	14 (25,92%)	18 (33,33%)	5 (9,25%)	54	0,186
Dermatite atopique	4 (10,25%)	18 (46,15%)	12 (30,76%)	5 (12,82%)	39	0,071
Molluscum Contagiosum	2 (6,66%)	14 (46,66%)	12 (40%)	2 (6,66%)	30	0,008
Kératose pilaire	6 (19,35%)	15 (48,38%)	6 (19,35%)	4 (12,9%)	31	0,447
Dermatite séborrhéique	28 (100%)	0	0	0	28	$P<0,001$
Eczématides	19 (95%)	1 (5%)	0	0	20	$P<0,001$
Taches mongoliques	14 (14,33%)	1 (6,66%)	0	0	15	$P<0,001$

7. Relation entre lésions et pathologies les plus fréquentes des phanères :

Des relations statistiquement significatives ont été notées entre :

- L'alopecie squameuse avec cheveux cassés et la TCC ($p < 0,001$).
- Les pustules du cuir chevelu et la folliculite du cuir chevelu ($p < 0,001$).
- Les croûtes mélicériques du cuir chevelu et l'impétigo du cuir chevelu ($p < 0,001$).
- Les cheveux sains squameux et la DS ($p < 0,001$).

L'étude de la relation entre les TCC et les tranches d'âge des patients, illustrée dans la figure 30, était statistiquement significative ($p < 0,001$).

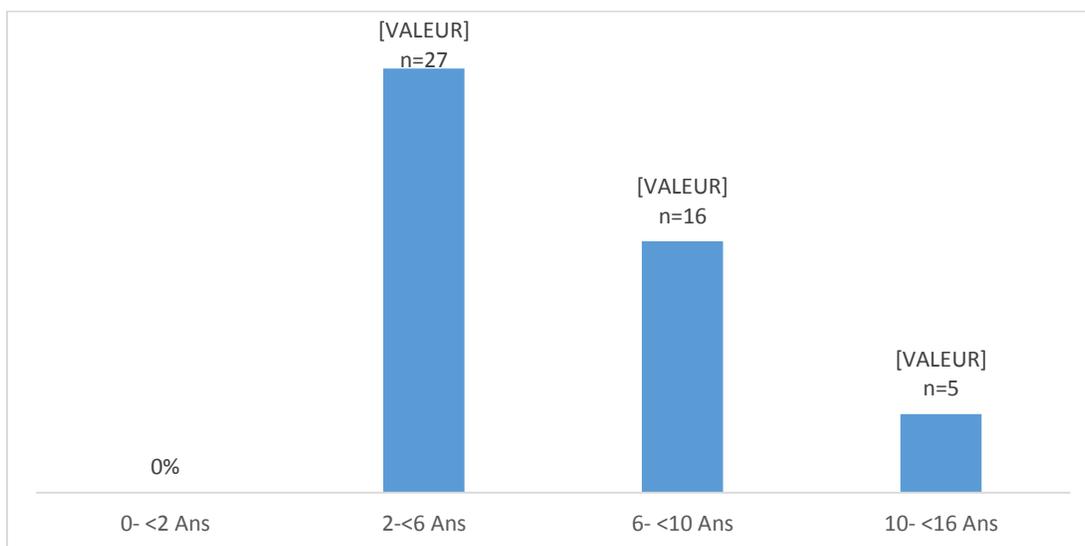


Figure 30: Relation entre les tranches d'âge des patients et teigne du cuir chevelu

8. Relation entre le sexe des patients et les dermatoses

Le tableau XXI illustre la relation entre le sexe des patients et les dermatoses.

Tableau XXI: Relation entre le sexe des patients et les dermatoses

Sexe Dermatose	Masculin n (%)	Féminin n (%)	Total	P
Eczéma	36 (52,17%)	33 (47,82%)	69	1
Gale	34 (62,96%)	20 (37,03%)	54	0,074
Teigne du cuir chevelu	30 (62,5%)	18 (37,5%)	48	0,117
Dermatite atopique	17 (43,58%)	22 (56,41%)	39	0,305
Kératose pilaire	14 (45,16%)	17 (54,83%)	31	0,454
Molluscum Contagiosum	19 (63,33%)	11 (36,66%)	30	0,248
Dermatite séborrhéique	12 (42,85%)	16 (57,14%)	28	0,330
Eczématides	9 (45%)	11 (55%)	20	0,645
Taches mongoliques	2 (13,33%)	13 (86,66%)	15	0.003

9. Association entre les différentes pathologies

9.1. Dermatite atopique-kératose pilaire

L'étude de la relation entre la DA et la KP a montré une relation statistiquement significative (n=12, p<0,001).

9.2. Dermatite atopique-eczéma

L'étude de la relation entre la DA et l'eczéma était non significative statistiquement (n=9, p=0,845).



DISCUSSION

Nous rapportons une étude portant sur les principales lésions cutanées élémentaires rencontrées en consultation chez l'enfant, avec recueil prospectif des données sur une période de 02 mois, du 10 janvier 2020 au 10 mars 2020, dans le service de Dermatologie- vénéréologie à l'IHS de Dakar au Sénégal.

I. Apport de ce travail

Il s'agirait à notre connaissance de la première étude au Sénégal qui s'intéresse aux principaux signes et lésions élémentaires cutanés rencontrés chez l'enfant permettant d'élaborer une démarche diagnostique des principales affections dermato-pédiatriques congénitales et acquises rencontrées en consultation de dermatologie.

II. Limites de l'étude

- Notre étude était monocentrique menée dans le service de dermatologie de l'IHS qui prend en charge les affections dermatologiques chez tous les patients indépendamment de l'âge mais au niveau duquel l'hospitalisation des enfants n'est pas effectuée.

-Une autre limite était que la plupart des diagnostics étaient retenus sur la base de la clinique. En effet, la réalisation des examens complémentaires n'était pas toujours aisée en raison de leur coût financier. Toutefois, les dermatoses infantiles ne nécessitent que rarement la pratique d'examens complémentaires pour la confirmation. En effet, le diagnostic est basé sur des critères diagnostiques comme pour la DA, et sur des arguments cliniques pour l'eczéma.

III. Données socio-démographiques

1. Age

L'âge moyen de notre population d'étude était de 4,58 ans ($\pm 3,94$), ce qui rejoint l'étude de Katibi et al qui ont rapporté un âge moyen de 4,7 ans ($\pm 4,1$) dans leur population d'étude de 419 patients âgés de moins de 18 ans [26]. Toutefois, Fofana et al, dans leur série de 5149 enfants âgés de moins 15ans, ont noté un âge moyen de 8 ans $\pm (5,7)$ [17]. Osman et al, au H.A.L.D, ont trouvé un âge moyen de 6,8 ans (± 4.7) sur une série de 1615 patients âgés de moins de 16 ans [50] et Afsar et al, sur une population de 539 patients âgés de moins de 18 ans, ont noté un âge moyen de 5,32 ($\pm 4,75$) [2].

La répartition des patients selon la tranche d'âge a montré que les nourrissons (0-2 ans) représentaient 27,39% (n= 83), résultat comparable à celui de Seudjip et al qui ont trouvé 30,6% de nourrissons dans leur étude [62], alors que la tranche d'âge (0-2ans) était de 21,82% dans l'étude de Osman et al, [50] et de 39,9% dans l'étude de Afsar et al [2].

Ces données ont montré une variabilité d'âge des patients dans les différentes études qui était associée à un manque d'homogénéité dans les tranches d'âge, ce qui limitait la comparaison des données.

2. Sexe

Une légère prédominance masculine a été notée dans notre série avec un sex-ratio de 1,07.

Les données de la littérature sont controversées. En effet, les études de Fofana et al [17], Abdou et al [1] et Afsar et al [2] ont trouvé un sex-ratio de 1,2, 1,24 et 1,3 respectivement. Toutefois, Osman et al ont enregistré un sex-ratio de 0,77 [50] et dans l'étude de Oninla et al, les deux sexes étaient représentés en proportions équivalentes [49].

Les études menées au Sénégal montrent une sur présentation des enfants de sexe masculin en pédiatrie. En effet, Ly et al [35], Diouf et al [13] ont enregistré des sex-ratio de 1,1 et 1,38.

IV. Aspects cliniques

- Les papules étaient les lésions élémentaires les plus rencontrées dans notre étude (53,13%) réparties en papules folliculaires et non folliculaires. Ces dernières peuvent être de type ombiliquées ou non.
- Le croisement des papules non folliculaires non ombiliquées avec les différentes pathologies a montré une relation statistiquement significative avec la gale uniquement ($p < 0,001$).

La gale ou scabiose est une parasitose touchant plus de 300 millions d'individus par an dans le monde [11]. Elle touche autant les femmes que les hommes, quel que soit le niveau socio-économique et sur tous les continents.

Dans les pays en voie de développement, la prévalence de la gale prédomine chez les enfants en âge pré-scolaire et chez les adolescents [6, 22, 25, 55, 67].

Dans notre étude, on n'a pas trouvé de relation entre la gale et le sexe ($p = 0,074$) d'une part et l'âge d'autre part ($p = 0,186$); ce qui rejoint les données de la littérature [11].

Le prurit est fréquemment associé à la gale [18], résultat conforme à celui trouvé dans notre étude ($p < 0,001$).

La recherche de prurit dans l'entourage est un signe fonctionnel essentiel pour conforter le diagnostic clinique de gale [18]. Dans notre série, la recherche de prurit dans l'entourage était significativement associée à la gale ($n = 25$, $p < 0,001$), résultat conforme aux données de la littérature [18].

Les papules, le plus souvent excoriées, font partie des signes non spécifiques de la gale [7] et la relation entre excoriations et gale était significative dans notre étude ($p=0,001$).

Les localisations péri-ombilicale, poignet, interdigitale, fesses, pied, main, face antérieure du thorax, face antérieure du genou et face postérieure du coude sont des localisations spécifiques de la gale [18] et dans notre étude la relation de la gale avec les différentes localisations était statistiquement significative ($p<0,05$).

Il existe 2 types de traitement de la gale : le traitement local par le benzoate de benzyle et un traitement par voie générale à base d'ivermectine [18] et nos patients ont bénéficié de ces 2 traitements.

- Les papules non folliculaires représentaient 77,01% ($n=124$), dont 18,63% ($n=30$) étaient de type papules ombiliquées.

Le seul diagnostic retenu dans notre étude en rapport avec les papules ombiliquées, était le MC ($n=30$) avec une relation statistiquement significative ($p<0,001$). Ce résultat est conforme à la littérature, du fait que la papule ombiliquée est un signe spécifique du MC [41].

Le MC est une lésion dermatologique induite par un virus de la famille des poxvirus : MOLLUSCIPOXVIRUS. Ce virus est présent dans le monde entier mais il est plus fréquent dans les pays tropicaux [33, 41, 45, 66].

Dans notre étude, le MC représentait 5,88% des affections ($n=31$) ce qui rejoint l'étude de Olsen et al qui ont trouvé une prévalence globale de MC chez les enfants entre 5,1% et 11,1% [48].

Aucun cas de MC n'était retrouvé chez les enfants de moins de 1 an ce qui rejoint les données de la littérature qui signalent une rareté de cette affection chez le nourrisson [5, 41].

Dans notre étude, la localisation au niveau du visage était la plus fréquente (n=24) avec une relation statistiquement significative ($p<0,001$) et ce résultat est concordant avec les données de la littérature [16, 61].

Le traitement du MC fait appel au curetage ou l'application d'hydroxyde de potassium en cas de lésions peu nombreuses [33] et tous nos patients ont bénéficié de curetage, à l'exception d'un patient qui a été traité par hydroxyde de potassium à 10%.

- Parmi les papules folliculaires, le type kératosique était le plus fréquent et était associé à la KP, seul diagnostic retenu avec une relation statistiquement significative ($p<0,001$).

Bien que l'étiopathogénie de la KP ne soit pas exactement connue, le gène qui code pour la fillagrine semble être défectueux dans les lésions de KP ce qui entraîne une prolifération des kératinocytes et une inflammation [65].

La KP était significativement associée à la xérose dans notre étude ($p<0,001$) ; ce qui peut être expliqué par la théorie de la fillagrine défectueuse.

La KP se manifeste souvent tôt dans l'enfance et se présente cliniquement sous forme de papules folliculo-centriques [37]. Les filles sont plus souvent atteintes que les garçons [3,53] et les résultats de notre étude où 54,83% des patients (n=17) étaient des filles rejoignent ainsi les données de la littérature.

La KP est fréquente chez les sujets ayant une DA [34] et notre étude, conforme à la littérature, montre une relation significative de la KP associée à la DA ($p<0,001$). Cependant, dans l'étude Mevorah et al, la KP n'a pas été trouvée plus fréquemment que chez les témoins [40].

- Dans notre étude, les plaques étaient les 2^{ndes} lésions les plus retrouvées par ordre de fréquence, notées chez 40,92% des patients.

Les plaques étaient de type lichénifiées et squameuses et les plaques lichénifiées étaient les plus fréquentes.

- Le croisement des plaques lichénifiées avec les différentes pathologies a montré une relation statistiquement significative avec la DA et l'eczéma ($p < 0,001$).

-La Dermatite atopique ou eczéma atopique est une maladie cutanée inflammatoire chronique prurigineuse [46].

Devant la suspicion d'une DA, il faut rechercher des antécédents personnels et familiaux d'atopie ou équivalents d'atopie (rhinite allergique, conjonctivite allergique, allergie alimentaire, asthme, DA) [31].

Dans notre étude, les antécédents personnels d'atopie ou équivalents d'atopie étaient significativement associés à la DA ($p < 0,001$). De même, les antécédents familiaux d'atopie ou équivalents d'atopie étaient significativement associés à la DA ($p < 0,001$)

L'aspect clinique de la DA varie selon l'âge [60].

- Chez le nourrisson, les lésions débutent le plus souvent au niveau du visage. Les lésions aiguës sont érythémateuses, toujours prurigineuses, parfois suintantes et croûteuses.
- Chez l'enfant, la lichénification induite par le grattage chronique forme des plaques lichénifiées et les localisations spécifiques sont réparties au niveau du pli du coude, creux poplité, cou et creux axillaire.

Il n'y a pas de « gold standard » pour le diagnostic de DA ; les critères les plus souvent utilisés sont ceux de l'« UK Working Party » [32] illustrés dans l'annexe III.

Si nous tenons compte de ces critères, que nous avons utilisé dans notre étude de DA, le prurit est un signe constant et obligatoire dans la DA [46]. En effet, le prurit a été associé de manière significative à la DA ($p < 0,001$).

Dans notre étude, la xérose cutanée était significativement associée à la DA ($p < 0,001$), ce qui rejoint les données de la littérature [31].

Les croûtes et excoriations et la DA étaient associées de manière significative ($p < 0,001$).

En outre, une relation significative était notée entre les localisations du pli du coude ($p < 0,001$), creux poplité ($p < 0,001$), cou ($p = 0,014$) et creux axillaire ($p = 0,009$) et la DA chez les patients de plus de 2 ans, rejoignant ainsi les données de la littérature [8].

La KP était significativement associée à la DA ($p < 0,001$) conformément aux données de la littérature [34].

-L'eczéma était le diagnostic le plus fréquemment retrouvé dans notre étude chez 22,77% des patients ($n = 69$), résultat non conforme à l'étude menée au service de dermatologie H.A.L.D à Dakar qui ont trouvé une fréquence de l'eczéma de 4,56% [50].

L'eczéma est une affection dermo-épidermique prurigineuse [59]. Dans notre étude, le prurit était significativement associé à l'eczéma ($p = 0,009$).

L'eczéma peut toucher l'enfant à tout âge sans différence de sexe [8] ce qui a été aussi noté dans notre étude. En effet, aucune relation statistique n'a été retrouvée entre l'eczéma et l'âge d'une part ($p = 0,946$) et l'eczéma et le sexe d'autre part ($p = 1$).

L'eczéma peut être aigu ou chronique, et la forme chronique est un eczéma sec qui peut se manifester par des plaques squameuses ou des plaques lichénifiées; ces dernières témoignent d'un eczéma de longue date [8, 63].

Les plaques lichénifiées étaient notées chez 25 patients avec une relation statistiquement significative avec l'eczéma ($p < 0,001$).

- Les plaques squameuses étaient notées chez 19 patients avec une relation statistiquement significative avec l'eczéma ($p = 0,001$).

Ainsi, dans notre étude les eczémas chroniques étaient les plus fréquemment rencontrés (45 patients ont consulté après 4 semaines du début des lésions) et ceci est généralement dû au retard de consultation du fait d'une difficulté financière d'accessibilité aux soins.

Le traitement de l'eczéma chronique fait appel aux dermocorticoïdes et aux émoullients kératolytiques [8] tel était le cas chez nos patients.

- Dans notre étude, les macules érythémateuses étaient associées à une dermatite séborrhéique et une dermatite irritative avec une relation statistiquement significative ($p < 0,001$).

Les dermatites de siège du nourrisson les plus retrouvées au cours d'un érythème de siège étaient la DS et la dermatite irritative qui y étaient associées de façon significative ($p < 0,001$). Nos résultats rejoignent l'étude de Diatta et al à Dakar [12]. La dermatite de siège constitue une pathologie fréquente chez le nourrisson [30]. Dans notre étude, la dermatite de siège (à l'exception des anites infectieuses) n'a été trouvée que chez les nourrissons avec une relation statistiquement significative ($p < 0,001$).

Les dermatites de siège les plus fréquentes sont de cause irritative, liées à la macération de la peau en contact prolongé ou fréquent avec les couches souillées.

D'autres causes existent et sont infectieuses, inflammatoires et générales (prolifératives ou carencielles comme l'acrodermatite entéropathique) [30].

Dans notre étude, la DS ($n=18$) était plus fréquente que la dermatite érythémateuse irritative ($n=8$).

-La DS est une dermatose érythémato-squameuse souvent bipolaire associée à une atteinte du cuir chevelu, des sillons rétro-auriculaires, parfois de l'ombilic et des creux axillaires [30, 43].

Dans notre étude, la relation entre atteinte du cuir chevelu et DS était statistiquement significative ($p < 0,001$) ce qui rejoint les données de la littérature.

-L'érythème au cours de la dermite irritative respecte les plis ce qui est un élément important pour le distinguer des autres érythèmes d'autres causes, notamment fongique et DS.

Au cours de la dermite irritative, lorsque le nourrisson est allongé, les cuisses relevées, la lettre « W » est dessinée par cet érythème qui peut s'étendre secondairement à l'ensemble du siège [30].

Dans notre étude, nous n'avons pas précisé l'atteinte des plis au cours des dermatites de siège.

- Les macules hyperpigmentées dans notre étude étaient en rapport essentiellement avec le diagnostic de taches mongoliques notées dans 46,87% des cas (n=15, $p < 0,001$).

Les taches mongoliques étaient diagnostiquées à un âge inférieur à un an dans 80% des cas (n=12) ce qui rejoint les données de la littérature [10, 20, 32].

La corrélation entre les taches mongoliques et l'âge a montré une relation significative négative avec un coefficient de corrélation $r = -0,293$ et $p < 0,001$ ce qui rejoint les données de la littérature disant que la majorité des cas de taches mongoliques disparaissent à l'âge de 1 an et persistent rarement après l'âge de 6 ans [20,32].

Les localisations les plus fréquentes des taches mongoliques sont la région lombosacrée et les fesses [10,29]. Toutefois, dans notre étude, seule la localisation lombo-sacrée était significativement associée aux taches mongoliques ($p < 0,001$).

Un certain nombre de publications suggèrent que les taches mongoliques étendues peuvent être associées à une anomalie de surcharge lysosomale telle que la maladie de Hurler et la mucopolysaccharidose [21, 57, 64]. Dans notre étude, nous avons trouvé 2 cas de taches mongoliques étendues chez nos patients, auxquels on a demandé la réalisation d'examen complémentaires de type numération formule

sanguine avec recherche de lymphocytes vacuolés et de lymphocytes de Gasser, fortement évocateurs du diagnostic, mais ces 2 patients étaient perdus de vue.

- Les vésicules (perlées) font partie des lésions spécifiques de la gale avec une localisation interdigitale [18]. Dans notre étude, la présence de vésicules en localisation interdigitale était statistiquement associée avec la gale ($p < 0,001$).

Les vésicules sont des lésions initiales de l'eczéma aigu [59]. Dans notre étude, bien que les vésicules étaient souvent retrouvées au cours de l'eczéma aigu ($n=12$), l'association n'était pas significative statistiquement ($p=0,559$).

- Nous avons noté une relation statistiquement significative entre la présence de pustules et la gale ($p < 0,001$).

-Outre les lésions spécifiques de la gale (vésicules perlées, sillon scabieux) qui peuvent être présentes ; chez le nourrisson, on note la présence de vésiculopustules, en particulier palmo-plantaires, quasi constantes et très évocatrice du diagnostic [56].

Dans notre étude, la présence de pustules chez les nourrissons était statistiquement liée avec la gale ($p < 0,001$).

-Il existe une relation statistiquement significative entre la présence de pustules et l'impétigo cutané ($p=0,001$). En effet, l'impétigo pustuleux cutané est une variante de l'impétigo [39].

- La croûte mélicérique est un signe pathognomonique de l'impétigo croûteux. Ce dernier représente la forme la plus fréquente, présent dans environ 70% des cas [39,47]. Dans notre étude, l'impétigo cutané croûteux représentait 55,55% des cas ($n=5$) ce qui rejoint les données de la littérature [24, 27,39].

La DA, la gale et l'eczéma sont des dermatoses à risque d'impétiginisation [38]. Dans notre étude, l'impétiginisation de la DA ($n= 11$) et de la gale ($n= 14$) était statistiquement significative ($p=0,002$). Par contre, la relation entre eczéma et impétiginisation était non significative ($p=0,845$).

- Un état squameux du cuir chevelu a été noté dans 24,75% des atteintes du cuir chevelu (n=75).

La TCC et la DS étaient les 2 diagnostics les plus fréquemment retrouvés au cours d'un état squameux du cuir chevelu (n=47 et n=23 respectivement).

-La plaque alopecique, squameuse avec des cheveux cassés est un signe spécifique de la TCC. Dans notre étude, le diagnostic de TCC était dans la majorité des cas basé sur la clinique ; un examen mycologique était demandé chez 5 patients.

Les TCC sont des infections fongiques causées par des dermatophytes, appartenant aux genres *Trichophyton* et *Microsporum* [9].

Les TCC étaient diagnostiquées dans 15,84% des cas de notre étude (n=48) avec un âge moyen de 5,64 ans et des extrêmes de 2 ans à 13 ans. Les garçons étaient plus touchés que les filles avec un sex-ratio de 1,66.

Les données de la littérature relatives à l'âge sont très variables et cette variabilité d'âge des patients associée à un manque d'homogénéité dans les tranches d'âge dans les différentes études limitait la comparaison des données [23,28,51]. Toutefois, la prédominance masculine de la TCC était confirmée dans les différentes séries [23,28,51].

Le traitement des TCC était basé sur l'utilisation de la griséofulvine à la dose de 15 à 20mg/Kg associé ou non à un traitement local.



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les dermatoses infantiles sont fréquentes et représentent un important problème de santé publique en Afrique et dans le monde.

Un retard de consultation est souvent lié à des difficultés financières et à la spécificité de la dermatologie pédiatrique.

Les lésions élémentaires dermatologiques ainsi que leurs localisations et distribution sont des outils de diagnostic clinique de la plupart des affections cutanées. C'est ainsi qu'une bonne analyse de ces lésions, associée la connaissance des différentes données socio-démographiques permettent de conforter le diagnostic clinique de certaines affections cutanées chez l'enfant pour la prise en charge par les professionnels de santé ou pour l'orientation vers un dermatologue.

Notre étude était prospective sur une période de 2 mois, allant du 10 janvier au 10 mars 2020 au service de dermatologie de l'IHS et a concerné tous les enfants de moins de 16 ans.

Les objectifs de notre étude étaient d'identifier les principales lésions cutanées élémentaires rencontrées chez l'enfant, de décrire les lésions élémentaires rencontrées au cours des principales affections dermatologiques chez l'enfant et d'élaborer une démarche diagnostique spécifique à l'enfant présentant une affection dermatologique.

Ainsi, notre étude semblait refléter les lésions élémentaires et les dermatoses communes au Sénégal chez les enfants et les adolescents.

Nous avons établi des algorithmes d'orientation diagnostique illustrées dans les figures 31, 32, 33 et 34 des principales lésions élémentaires rencontrées permettant le diagnostic clinique le plus probable ; afin d'assurer une meilleure prise en charge des affections cutanées par les prestataires de santé de 1^{ère} ligne.

Nous recommandons ainsi,

- des séminaires de formation pour les prestataires de soins au niveau périphérique, les infirmiers, les structures religieuses des dispensaires catholiques et les étudiants en médecine, les pédiatres et les médecins.
- de sensibiliser la population à travers des programmes éducatifs, locaux et nationaux sur l'intérêt de la consultation précoce dans une structure qualifiée en cas d'atteinte cutanée.
- de sensibiliser l'état sur la prévalence élevée des affections dermatologiques chez l'enfant et de la nécessité de formation de médecins dermatologues voir même créer une entité de spécialisation en dermato-pédiatrie.

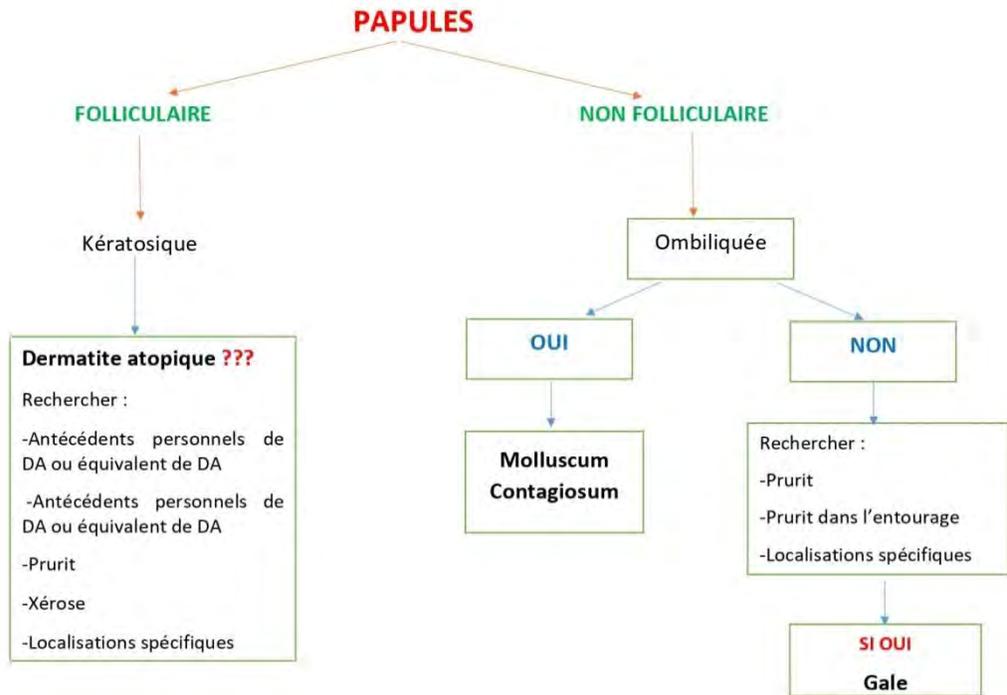


Figure 31: Orientation diagnostique devant des papules

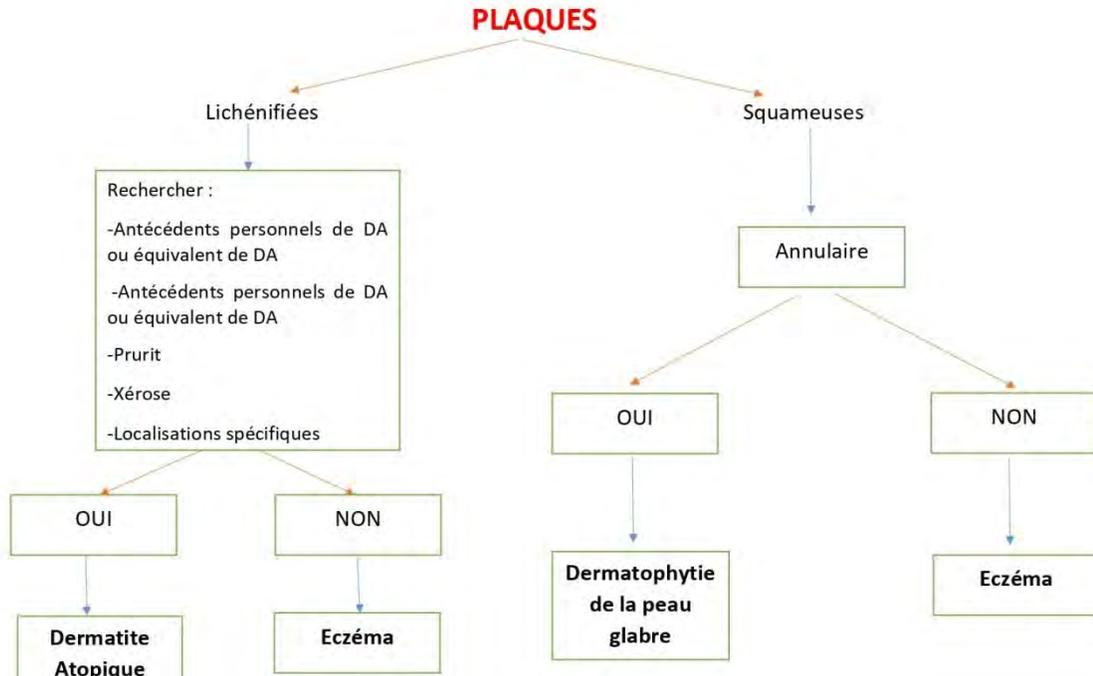


Figure 32: Orientation diagnostique devant des plaques

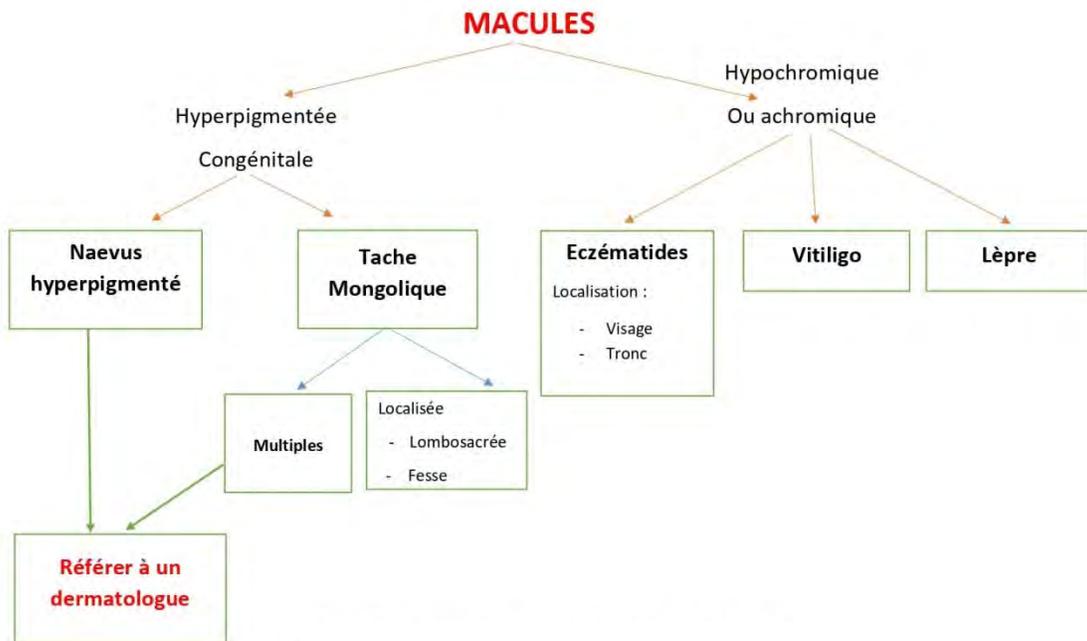


Figure 33: Orientation diagnostique devant des macules

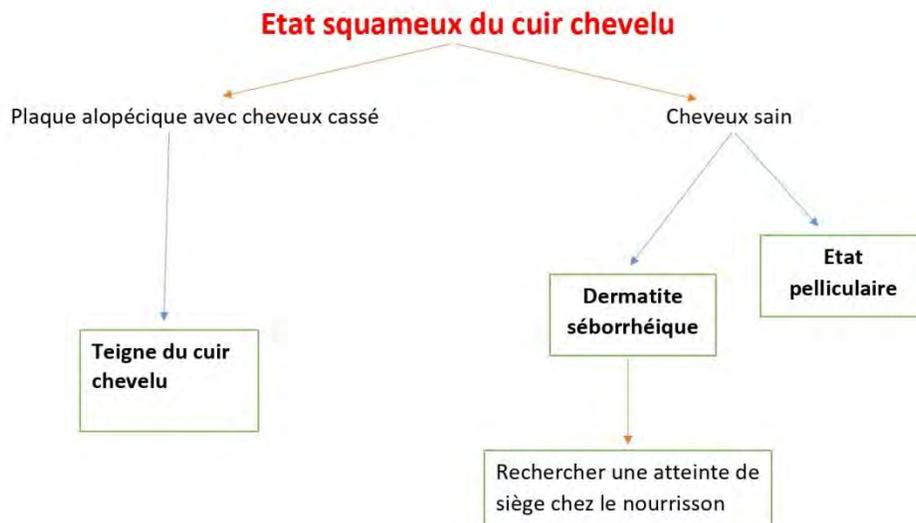
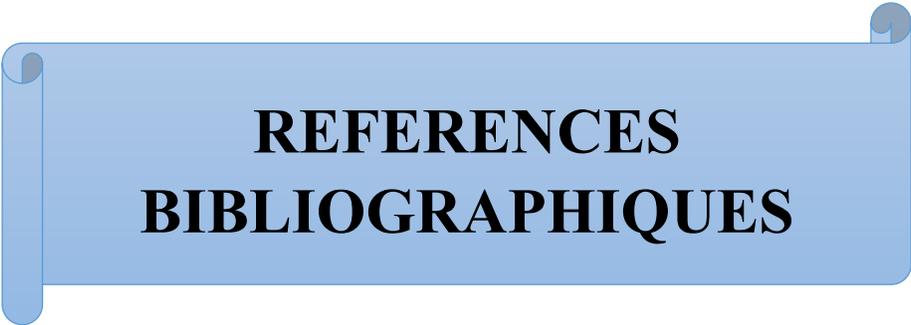


Figure 34: Orientation diagnostique devant un état squameux du cuir chevelu



**REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

1. **Abdou OR, Choua RK, Tchoua R.** Les urgences pédiatriques au centre hospitalier de Libreville. *Méd .Afr. Noire* 2002 ; 49 (11) : 475-480.
2. **Afsar FS.** Analysis of pediatric dermatology inpatient consultations in a pediatric teaching hospital. *Arch Argent Pediatr.* 2017 Dec 1;115(6):e377-e384.
3. **Agharbi FZ.** Keratosis pilaris. *Pan Afr Med J.* 2019 Jul 30;33:274
4. **Mintegi Raso S, Benito Fernández J, García González S, Corrales Fernández A, Bartolomé Albistegui MJ , Trebolazabala Quirante N.** Demande et prise en charge des patients dans une urgence pédiatrique hospitalière. *Un pédiatre (Barc).* 2004 août; 61 (2): 156-61.
5. **Berbegal-DeGracia L, Betloch-Mas I, DeLeon-Marrero FJ, Martinez-Miravete MT, Miralles-Botella J.** Neonatal molluscum contagiosum: Five new cases and a literature review. *Australas J Dermatol* 2015; 56(2): e35-8.
6. **Bernard J, Depaepe L, Balme B.** Scabiose. *Ann Dermatol Venereol.* 2013;140:656–7.
7. **Bolognia JL, Schaffer JV, Duncan KO, Ko CK, Lorette G.** *Dermatologie : l'essentiel.* Elsevier Health Sciences, 2018.
8. **CEDEF.** Item 183 – UE 7 Hypersensibilités et allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte. *Ann Dermatol Venereol.* 2018 Mar;145 Suppl 1:S114-S130.
9. **Chabasse D, Bouchara JP, De Gentile L, Brun S, Cimon B, Penn P.** Les dermatophytes. *Cahier de Formation Biologie Médicale*, 2004, vol. 31, p. 75-121.
10. **Chua RF; Pico J.** Dermal Melanocytosis: In: *StatPearls [Internet].* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan.
11. **Chosidow O.** Clinical practices. Scabies. *N Engl J Med.* 2006 Apr 20;354(16):1718-27.

12. **Diouf S, Mbaye NG, Camara B, Sall NG, Sarr M, Martin SL et al.** Les urgences pédiatriques au CHU de Dakar. Aspects socioépidémiologiques et perceptions des parents. *Dakar médical* 1995; 40: 57-61.
13. **Diatta BA, Kabre R-BMN, Bèye SD, Ly F, Kane A.** Diaper dermatitis among the infant in Dakar: Study of 205 cases. *Our Dermatol Online*. 2017;8(Suppl. 1):1-4
14. **Dumortier B.** Revue des pathologies dermatologiques de la population pédiatrique d'un CHU : intérêt d'une étroite collaboration entre pédiatres et dermatologues. Thèse de Médecine France. 2012.
15. **Fatimata.K.** Profil épidémiologique des dermatoses : Réalisé au service de dermatologie de l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar portant sur 1012 cas sur 6 mois. Mémoire de dermatologie, Dakar 2017, Numéro 302.
16. **Ferns SJ, Noronha PA.** Picture of the month. Molluscum contagiosum. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009; 163(4): 383-4.
17. **Fofana Y, Traore B, Dicko A, Faye O, Berthe S, Cisse L et al.** Profil épidémio-clinique des dermatoses chez les enfants vus en consultation dermatologique dans le service de dermatologie du centre national d'appui contre la maladie à Bamako (Mali). *Pan Afr Med J* 2016;25:238.
18. **Gaspard L, Toutous-Trellu L, Laffite E, Michaud M, Eicher N, Lacour O.** La gale en 2012. *Rev Med Suisse* ; 2012; 8 :718-25
19. **Global Burden of Disease Pediatrics Collaboration; Kyu. H, Pinho C, Wagner JA, Brown JC, Bertozzi-Villa A et al.** Global and National Burden of Diseases and Injuries Among Children and Adolescents Between 1990 and 2013: Findings From the Global Burden of Disease 2013 Study. *JAMA Pediatr*. 2016 Mar;170(3):267-87.
20. **Gupta D, Thappa DM.** Mongolian spots--a prospective study. *Pediatr Dermatol*. 2013 Nov-Dec;30(6):683-8.

21. **Hanson M, Lupski JR, Hicks J, Metry D.** Association of dermal melanocytosis with lysosomal storage disease: clinical features and hypotheses regarding pathogenesis. *Arch Dermatol.* 2003 Jul;139(7):916-20.
22. **Hay RJ, Steer AC, Engelman D, Walton S.** Scabies in the developing world—its prevalence, complications, and management. *Clin Microbiol Infect* 2012;18:313–23.
23. **Kallel A, Hdider A, Fakhfakh N, Belhadj S, Belhadj-Salah N, Bada N et al.** Teignes du cuir chevelu : principale mycose de l'enfant. Étude épidémiologique sur 10 ans à Tunis. *J Mycol Med.* 2017 Sep;27(3):345-350.
24. **Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael A J et al.** Fitzpatrick's dermatology. (9th ed.).New York. McGraw-Education. hlm, 2019, p. 3145-3172.
25. **Karimkhani C, Colombara DV, Drucker AM, Norton SA, Hay R, Engelman D et al.** The global burden of scabies: a cross-sectional analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Infect Dis* 2017;17:1247–54.
26. **Katibi O.S.** The prevalence of paediatric skin conditions at dermatology clinic in KwaZulu-Natal Province over a 3-month period *SAJCH* 2016;10:2-5
27. **Koning S, Van der Sande R, Verhagen AP, Van Suijlekom-Smit LW, Morris AD, Butler CC et al.** Interventions for impetigo. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Jan 18;1(1):CD003261.
28. **Kouotou EA., Fokoua DCM, Kechia FA, Somo,MR.** Teigne du cuir chevelu: profil épidémiologique en milieu scolaire camerounais. *Ann Dermatol Venerol.* 2016, 143 (4): 17.

- 29.**Krowchuk DP, Mancini AJ.** Taches mongoliques. In *Dermatologie de l'enfant: Guide pratique des pathologies et infections cutanées du nourrisson à l'adolescent.* Elsevier Health Sciences, 2019 ; 71 : 424-426.
- 30.**Lagier L, Mazereeuw-Hautier J, Raffin D, Beneton N, Lorette G, Maruani A et al.** Diaper dermatitis. *Ann Dermatol Venereol.* 2015 Jan;142(1):54-61; quiz 53, 62.
- 31.**Langan SM, Irvine AD, Weidinger S.** Atopic dermatitis.*Lancet.* 2020 Aug 1;396(10247):345-360.
- 32.**Leung AK.** Mongolian spots in Chinese children. *Int J Dermatol.* 1988 Mar;27(2):106-8.
- 33.**Leung AK, Davies HD.** Molluscum contagiosum. *Curr Pediatr Rev* 2012; 8(4): 346-9.
- 34.**Lorette G.** Kératose pileaire. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2003, vol. 16, no 5, p. 252-255.
- 35.**Ly F, Keita Y, Niang B, Camara B, Ly BA, Ly D, et al.** Profil épidémiologique des consultants admis aux urgences médicales pédiatriques du centre hospitalier national de pikine. *RevCamesSanté*2016;4, (2).
- 36.**Mabiala-Babela JR, Senga P.** Consultations de nuit aux urgences pédiatriques du CHU de Brazzaville, Congo. *Med tropicale.* 2009; 69(3): 281.
- 37.**Maghfour J, Ly S, Haidari W, Taylor SL, Feldman SR.** Treatment of Keratosis Pilaris and Its Variants: A Systematic Review. *J Dermatolog Treat.* 2020 Sep 14;1-12.
- 38.**Martinez N, Johnson MK.** Impetigo. *Advanced Emergency Nursing Journal.* 2020;42(4):262-269.
- 39.**Mazereeuw-Hautier J.** Impétigo. *Ann Dermatol Venereol* 2006;133:194-207.

40. **Mevorah B, Marazzi A, Frenk E.** The prevalence of accentuated palmoplantar markings and keratosis pilaris in atopic dermatitis, autosomal dominant ichthyosis and control dermatological patients. *Br J Dermatol* 1985;112: 679–85.
41. **Meza-Romero R, Navarrete-Dechent C, Downey C.** Molluscum contagiosum: an update and review of new perspectives in etiology, diagnosis, and treatment. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2019; 12: 373–381.
42. **McMahon P, Goddard D, Frieden IJ.** Pediatric dermatology inpatient consultations: a retrospective study of 427 cases. *J Am Acad Dermatol* 2013;68(6):926-31.
43. **Misery L.** La dermatite séborrhéique de l'enfant. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 2020 ;33,(4), 174-176.
44. **Mouyokani J, Tursz A, Crost M, Cook J, Nzingoula S.** Étude épidémiologique des consultations d'enfants de moins de 5 ans à Brazzaville (Congo). *Revue d'épidémiologie et de santé publique.* 1999; 47: 2S115-2S131.
45. **Moye V, Cathcart S, Burkhart CN, Morrell DS.** Beetle juice: A guide for the use of cantharidin in the treatment of molluscum contagiosum. *Dermatol Ther* 2013; 26(6): 445-51.
46. **Nankervis H, Thomas KS, Delamere FM, Barbarot S, Smith S, Rogers NK et al.** What is the evidence-base for atopic eczema treatments? A summary of published randomised controlled trials. *Br J Dermatol.* *Br J Dermatol.* 2017 Apr;176(4):910-927.
47. **Nardi NM; Schaefer TJ.** Impetigo In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan.

48. **Olsen JR, Gallacher J, Piguet V, Francis NA.** Epidemiology of molluscum contagiosum in children: A systematic review. *Fam Pract* 2014; 31(2): 130-6.
49. **Oninla O, Oninla S.O, Onayemi O, Olasode O.A.** Pattern of paediatric dermatoses at dermatology clinics in Ile-Ife and Ilesha, Nigeria. *Paediat Int Child Health* 2015; 18:3-4
50. **Osman Moussa I.** Les dermatoses infantiles :Etude prospective de 307 cas au service de dermatologie du C.H.U. Aristide Le Dantec de Dakar Mémoire de dermatologie Dakar 2017 Numéro 247.
51. **Ouakrim A.** Teignes ; aspects cliniques, épidémiologiques, thérapeutiques et évolutifs : Expérience du service de dermatologie du CHU Mohamed VI, Marrakech. Thèse de doctorat en médecine, Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, 2013, Numéro 85.
52. **Peñate Y, Guillermo N, Melwani P, Martel R, Borrego L.** Dermatologists in hospital wards: an 8-year study of dermatology consultations. *Dermatology* 2009;219(3):225-31.
53. **Poskitt L, Wilkinson JD.** Natural history of keratosis pilaris. *Br J Dermatol* 1994;130:711–3.
54. **Prindaville B, Antaya R.J, Siegfried E.C.** Pediatric Dermatology: Past, Present, and Future. *Pediat Dermatol* 2015; 32:11-12.
55. **Romani L, Steer AC, Whitfeld MJ, Kaldor JM.** Prevalence of scabies and impetigo worldwide: a systematic review. *Lancet Infect Dis* 2015;15:960–7.
56. **Royer M, Latre CM, Paul C, Mazereeuw-Hautier J, Société Française de Dermatologie Pédiatrique.** La gale du nourrisson *Ann Dermatol Venereol* . 2008 Dec;135(12):876-81; quiz 875.
57. **Rybojad M, Morailon I, Ogier de Baulny H, Prigent F, Morel P.** Tache mongolique étendue révélant une maladie de Hurler. *Annales de dermatologie et de vénéréologie.* 1999 ; 126 (1) : 35-7.

58. **Sacchidanand S, Sahana MS, Asha GS, Shilpa K.** Pattern of Pediatric Dermatoses at a Referral Centre. *Indian J Pediatr* 2014; 81:375-80.
59. **Sarembaud A.** Eczéma sec, Pix liquida comme médicament à usage homéopathique. *La Revue d'Homéopathie*. 2020 ;11 (1) : 23-26.
60. **Saurat J-H, Lachapelle J-M, Lipsker D.** Dermatologie et infections sexuellement transmissibles. *Elsevier Masson 6ème édition* 2017 pp 438-439.
61. **Schaffer JV, Berger EM.** Molluscum contagiosum. *JAMA Dermatol* 2016; 152(9): 1072.
62. **Seudjip NLJ, Traoré A, Mazebo PS, Bunga MP.** Profil des groupes étiologiques de dermatoses chez l'enfant aux cliniques universitaires de Kinshasa – République démocratique du Congo. *Ann Dermatol Venereol*. Dec2019 ;146(12) : A355-6.
63. **Silvestre Salvador JF, Heras Mendaza F, Hervella Garcés M, Palacios-Martínez D, Sánchez Camacho R, Senan Sanz R et al.** Guidelines for the Diagnosis, Treatment, and Prevention of Hand Eczema. *Actas Dermosifiliogr*. 2020 Jan 2;111(1):26-40.
64. **Sonthalia S, Khurana R.** Hurler's Disease with Multiple Atypical Mongolian Spots. *Indian J Dermatol*. 2016 Mar-Apr; 61(2): 239.
65. **Thomas M, Khopkar US.** Keratosis pilaris revisited: is it more than just a follicular keratosis? *International journal of trichology*. 2012;4(4):255-258.
66. **Van der Wouden JC, Van der Sande R, Van Suijlekom-Smit LWA, Berger M, Butler CC, Koning S.** Interventions for cutaneous molluscum contagiosum. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 4: CD004767.
67. **World Health Organization.** Epidemiology and management of common skin diseases in children in developing countries. No. WHO/FCH/CAH/05.12. World Health Organization, 2005.



ANNEXES

Annexe I

FICHE D'ENQUETE

Date.... / / Enquêteur : Numéro de Fiche :

I- DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES:

Initiales : Sexe : M F

Naissance : Date...../...../..... Age :..... lieu de naissance.....

Origine géographique :

Lieu de résidence : Tel parents : mère/ père/ autre

Nationalité : Sénégalaise Etrangère

Ethnie : Wolof PEULH halpbar Sérère Mandingue Diola Autre

Phototype: I II III IV V VI

Scolarisation : Aucune Ecole coranique maternelle 1 / 2 / 3/ Elémentaire Secondaire

Accompagnant : père mère tuteur légal autre :.....

Profession Parents : mère : père : MARIAGE COSANGUIN

Frateries : âges et sexes : AM..... AF

Revenu mensuel fixe des parents : Moins de 50000 Entre 50 et 250000 Plus de 250000

Accès à l'eau Accès à l'électricité Téléphone fixe Propriétaire

Locataire

Hébergé par un tiers

II-EXAMEN CLINIQUE DU PATIENT :

- Motifs de consultation :

- Antécédents P.: non rhinite A. conjonctivite A. asthme génodermatose
autres :.....

- Antécédents. F : asthme atopie génodermatose autres :.....

- Signes Fonctionnels : Prurit Douleur

➤ **LÉSIONS ÉLÉMENTAIRES CUTANEE :**

1. Macules : érythème vasculaire pigmentaire hypochromique
achromique purpura

2. Papules : folliculaire non folliculaire lichenienne urticarienne angiomateuse

3. Plaques : érythème squames lichenienne angiomateuse

4. Vésicule **Bulles** à liquides : clair trouble purulent hémorragique **Pustule**

5. Nouure **Nodule** **Végétation** **tumeur**

6. xérose

DISTRIBUTIONS

Regroupée : diffuse localisé bouquet annulaire serpigineuse cocarde
polycyclique

Linéaire : blaschko zoniforme segmentaire

LÉSIONS SECONDAIRES :

Erosion excoriation ulcération suintement croute atrophie fissuration

Cicatrice : achromique pigmentée rétro auriculaire

SIÈGE DES LÉSIONS

visage cou nuque face ant thorax dos région lombaire abdomen
membre supérieur creux axillaire bras coude : plis de flexion face post. avant bras
poignet interdigital face palmaire de la main dos main

Membre inférieur fesse cuisse genou : pli de flexion face ant. jambe pied

inter orteil plantaire inter orteil

Pli fessier siège Autres.....

➤ **MUQUEUSES BUCALES, GENITALES ET ANALES :**

1..Macules : érythème pigmenté hypochromique achromique purpura
unique multiple diffuse

2..Papules blanches : non kératosiques kératosiques

isolées placards linéaires feuille de fougère autre

3..Plaques : érythème squames angiomateuse

4..Vésicules bulles unique multiples groupées

5..Nodule Kyste Tumeur pédiculée Tumeur sessile

nombre.....tumeur vasculaire..... 6..Aphte : unique multiples

miliaire (-1mm) géant (+10mm)

7..Ulcération : unique multiples polycycliques

8..Langue : - Frein de langue - Langue géographique Papillite linguale

Macroglossie

9..Lèvres : Le frein labial supérieur Cals de succion Chéilite Perlèche

LOCALISATIONS :

BUCCALE : Face int des joues Palais : ANT POST Gencives

langue: face dorsale face ventrale Lèvres : SUP INF

ANALE

GENITALE

• CUIR CHEVELU

Circonstance de survenue : congénitale acquise aigue chronique

Alopécie : diffuse plaque cicatricielle

CC. : Sain cassé érythème squame pustule croûte mélicérique

• Anomalies ONGLES : Onychalgies

koïlonychie atrophie onycholyse mélanonychie paronychie aigue

pachyonychie onychomadèse onychogriphose hyperkératose sous-unguéale

envies panaris

autre

LOCALISATIONS : mains nbre.....

pieds nbre.....

III- DIAGNOSTICS CLINIQUES :

Diagnosics associés

Type de pathologie Virale Bactérienne Mycosique Parasitaire

généodermatose immuno-allergique Tumorale Inflammatoire

VI- EXAMENS COMPLÉMENTAIRES : non NFS ferritinémie mycologique
bactériologique Biopsie autres.....

V- TRAITEMENTS :

- **Local :** - DC. Classe : TF F M -
antifongique antiseptique antibiotique émoullient - Autres.....
- **Général :** antibiotique anti-mycosique antiparasitaire
Antihistaminique corticoïde Autres :
- **Chirurgicale :** curetage exérèse

VI- EVOLUTION : **J7 :** stationnaire favorable complication guérison DC PDV

J15 : stationnaire favorable complication guérison DC PDV

M1 : stationnaire favorable complication guérison DC PDV

Annexe II : Différents types de phototypes cutanés

Phototype	Couleur de la peau, des cheveux et des yeux	Réaction au soleil
I	Peau très claire avec taches de rousseur Cheveux blonds ou roux Yeux clairs	Ne bronze pas Coups de soleil systématiques
II	Peau très claire Taches de rousseur au soleil Cheveux châains ou blonds Yeux clairs	Bronze difficilement Coups de soleil fréquents
III	Peau claire Cheveux châains ou blonds	Bronze progressivement Coups de soleil occasionnels
IV	Peau mate Cheveux châains ou bruns Yeux foncés	Bronze bien Coups de soleil peu fréquents
V	Peau foncée Cheveux foncés Yeux foncés	Bronze facilement Coups de soleil rares
VI	Peau noire Cheveux foncés Yeux foncés	Jamais de coups de soleil

Annexe III

Critères de diagnostic de DA selon « UK Working Party » [46].

Dermatose prurigineuse chronique

ET

au moins 3 des critères suivants :

- Eczéma visible des plis de flexion (ou des joues et/ou des faces d'extension des membres avant l'âge de 18 mois)
- Antécédent personnel d'eczéma des plis de flexion (ou des joues et/ou des faces d'extension des membres avant l'âge de 18 mois)
- Antécédent personnel de peau sèche au cours de la dernière année
- Antécédent personnel d'asthme ou de rhinite allergique (ou antécédent familial direct d'atopie chez l'enfant de moins de 4 ans)
- Apparition des lésions avant 2 ans (critère utilisé chez les enfants de plus de 4 ans)

TITRE**INTÉRÊT DE L'ANALYSE SEMIOLOGIQUE DES LÉSIONS ÉLÉMENTAIRES
DERMATOLOGIQUES DANS LE DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS CUTANÉES CHEZ L'ENFANT :
ETUDE DESCRIPTIVE RÉALISÉE DU 10 JANVIER AU 10 MARS 2020 AU SERVICE DE
DERMATOLOGIE DE L'INSTITUT D'HYGIÈNE SOCIALE A DAKAR****RESUME**

Les lésions élémentaires ainsi que leurs localisations et distribution sont des outils de diagnostic clinique de la plupart des affections cutanées.

Les dermatoses infantiles sont fréquentes et constituent un important problème de santé publique. La connaissance de différentes données socio-démographiques telles que l'âge du patient, les antécédents personnels et familiaux sont des éléments importants pour conforter le diagnostic clinique de certaines affections cutanées chez l'enfant.

A notre connaissance, Il s'agirait de la première étude au Sénégal à s'intéresser aux principaux signes et lésions élémentaires cutanés rencontrés chez l'enfant permettant d'élaborer une démarche diagnostique des principales affections dermatopédiatriques congénitales et acquises rencontrées en consultation de dermatologie. Elle a été menée du 10 janvier 2020 au 10 mars 2020, dans le service de Dermatologie- vénéréologie de l'IHS à Dakar.

Notre étude a inclus 303 patients âgés de moins de 16 ans et les lésions élémentaires de la peau glabre étaient les plus fréquemment enregistrées (n=601 lésions) et étaient principalement réparties en papules (53,13%), plaques (40,92%), macules (30,69%), vésicules (13,86%) et pustules (8,25%). Au niveau des phanères, les lésions élémentaires du cuir chevelu étaient les plus fréquentes à type de cheveux squameux. Toutefois, au niveau des muqueuses, les lésions élémentaires n'étaient pas nombreuses (5,94%).

Les plaques lichénifiées étaient significativement associées à l'eczéma et la dermatite atopique. Le prurit était également associé à ces 2 diagnostics. Ainsi, la connaissance des antécédents personnels et familiaux d'atopie, la présence de xérose (qui étaient significativement associés à la dermatite atopique), nous a permis de trancher entre ces 2 dermatoses. Les plaques squameuses étaient associées à l'eczéma dans la majorité des cas ce qui a permis de retenir le diagnostic.

Les papules non folliculaires étaient associées à la gale. Néanmoins, la notion de prurit dans l'entourage et les localisations spécifiques de la gale nous ont permis de conforter notre diagnostic. Les papules ombiliquées étaient le signe spécifique de Molluscum conatgiosum. Les papules folliculaires kératosiques étaient associées à la Kératose pileaire, elle-même associée significativement à la dermatite atopique.

Les macules hyperpigmentées étaient congénitales dans la plupart du temps, en rapport avec les taches mongoliques auxquels la localisation lombosacrée était significativement associée.

L'érythème de siège chez le nourrisson était associé à la dermatite séborrhéique et l'eczéma irritatif du siège et la recherche de localisation au cuir chevelu, associée à la dermatite séborrhéique, nous permis de porter ce diagnostic. Toutefois, l'étendue des lésions au niveau des fesses, qui était statistiquement significative, nous a permis de conforter le diagnostic d'eczéma. Les macules hypopigmentées étaient en relation avec les eczématides.

Les vésicules, lésions initiales de l'eczéma aigu étaient retrouvées dans 12 cas, toutefois, l'association n'était pas significative statistiquement (p=0,559). Alors que les vésicules (perlées) en localisation interdigitale était statistiquement associées à la gale.

Les pustules chez le nourrisson avec une localisation palmo-plantaire étaient associées à la gale.

La croûte mélicérique est un signe pathognomonique de l'impétigo croûteux. Néanmoins, la deramтите atopique, la gale et l'eczéma sont des dermatoses à risque d'impétiginisation.

Les cheveux squameux, essentiellement sous forme de plaque squameuses avec cheveux cassés étaient significativement associées à la teigne du cuir chevelu.

Au total, l'analyse sémiologique des lésions élémentaires nous a permis de faire le diagnostic des affections les plus courantes rencontrées dans notre étude et d'élaborer une démarche diagnostique spécifique à l'enfant présentant une affection dermatologique.

MOTS CLES

Lésions élémentaires – Dermatoses - Enfants - Dakar

